Nr. 7. 12 lutego 1928. Rok VII.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## PRACE ORYGINALNE.

Edward SZCZEKLIK, asystent Kliniki. Kraków.

### O uczuleniu pokarmowem chorych na cukrzycę.

Z II Kliniki wewnętrznej U. J. Dyrektor: Prof. Dr. J: Latkowski:

Dokończenie.

Omawiając znaczenie czynnika psychicznego w cukrzycy nie należy pominąć tego co podkreśla Sochański, że wzruszenia wpływając na układ współczulny są w stanie wywołać zaburzenia w gospodarce węglowodanowej. W cukrzycy bowiem odgrywa układ nerwowy mimowolny bardzo ważną rolę, gdyż tak układ sympatyczny jak parasympatyczny bierze udział w gospodarce cukrowej. Ośrodki zaś leżące w międzymóżdżu, a to w ciałach prążkowanych, w okolicy podwzgórkowej i okołokomórkowej mają zadanie regulacyjne w gospodarce węglowodanowej.

Kämmerer zalicza do objawów alergicznych między innemi (patrz wyżej) przełom hemoklastyczny. Przełom hemoklastyczny podał Widal jako próbę niewydolności funkcjonalnej wątroby. Klasyczna próba polega na wypiciu 200 ccm mleka na czczo, po którem u niektórych osobników występuje we krwi obwodowej leukopenja, spadek ciśnienia krwi, zmiany w krzepliwości krwi, we wskaźniku refraktometrycznym. Próbę hemoklastyczną opiera Widal na założeniu, że w razie uszkodzenia czynności proteopexycznej wątroby przechodzą pewne produkty białka do krwiobiegu, wywołując stan kolloidoklastyczny t. j. wstrząsowy. Widal uważa próbę powyższą za patognomiczną dla schorzeń wątroby. Oprócz chorób wątroby znajdywano dodatnią próbę hemoklastyczną w chorobach żołądka jak wrzód i rak (Gerault), w niedokrwistości złośliwej, w białaczce. Filiński wykazał, że występuje po wypiciu zimnej wody, a Czubalski stwierdził ją u zdrowych zwierzat. Z czasem przestali niektórzy autorowie uważać próbę za charakterystyczną dla niedomogi wątroby, przekonawszy się, że występuje w przypadkach niewątrobowych. Glaser, Filiński, Czubalski, Kmietowicz, Sochański i i. przyjmują, że próba hemoklastyczna stoi w związku z zadrażnieniem nerwu błędnego. Według Glasera vagotonia wywołuje leukopenję trawienną, sympatikotonja — leukocytozę trawienną.

Występująca w próbie hemoklastycznej leukopenja wraz z odwróceniem wzoru leukocytów i spadek ciśnienia jest jednym z charakterystycznych objawów wstrząsu anafilaktycznego, tak, że Widal powiada, że próba hemoklastyczna stanowi główny element wstrzasu proteinowego. Przekonano się następnie, że wypada ona dodatnio w chorobach alergicznych jak np. katar sienny (Lermoyer), a w szczególności w anafilaksji pokarmowej.

W naszych badaniach zastosowaliśmy powyższą próbę, chociaż w postaci nieco odmiennej, wychodząc z założenia, że występujące po spożyciu pewnych pokarmów: leukopenja z odwróceniem wzoru leukocytowego i spadek ciśnienia krwi mogą przy istnieniu innych symptomów klinicznych świadczyć o działaniu wstrząsowem tych pokarmów. Badania przeprowadzono w 25 przypadkach cukrzycy, spostrzeganych w II klinice wewnętrznej U. J. (Prof. Latkowskiego). W różnych okresach cukrzycy (przed odcukrzeniem i po odcukrzeniu) badano u chorych stosunki ilościowe ciałek białych, oraz stosunki procentowe poszczególnych postaci ciałek białych we krwi obwodowej, ciśnienie krwi, tętno — co 15 min. przez godzinę, a następnie jeszcze raz po 2-ch godz., podawszy chorym uprzednio na czczo 2 jaja lub 50 g mięsa, wzgl. 20 g bułki, względnie po podaniu insuliny (20 jednostek Wellcome) i 40 g bułki. Ciałka białe liczono w komorze Bürkera, ciśnienie krwi mierzono aparatem Riva-Rocci. Wyniki badań przedstawia załączony protokół badań.

W badanych przypadkach cukrzycy wystąpiła leukopenja trawienna po bułce 17 razy na 25, trzy razy nie znaleziono zmian w stosunkach liczbowych ciałek białych, a 5 razy wystąpiła nieduża leukocytoza; po jajach, względnie po mięsie znaleziono leukopenję trawienną 24 razy na 25, jeden raz wystąpiła leukocytoza; w przypadkach, w których podano insulinę i bułkę stosunki były różne. Insulinę wstrzykiwano na 15 minut przed podaniem bułki: okazało się, że na 15 przypadków 2 razy wystąpiła leukocytoza dochodząca do zwiększania liczby leukocytów o 1000, w 10 przypadkach wystąpiła leukopenja ze zmniejszeniem leukocytów z najwyższą liczbą 2800, a 3 razy nie znaleziono zmian w stosunkach ilościowych ciałek białych. Leukopenja trawienna po bułce powodowała zmniejszenie liczby leukocytów od 500—3500, po jajach wzgl. mięsie 1000—3000 ciałek białych. Spadek ciśnienia krwi wahał się o 5—35 mm Hg.

Leukocytoza trawienna zarówno po bułce jak po jajach wystąpiła tylko w jednym przypadku; w przypadku tym po podaniu insuliny i bułki zjawiła się leukopenja prowadząca do zmniejszenia liczby ciałek białych o 2800. Przytoczone zmiany dotyczyły tak przypadków cukrzycy ciężkiej, jakoteż lekkiej i zjawiały się zarówno w okresie z cukromoczem jakoteż po odcukrzeniu chorych. W przypadkach, w których spostrzegaliśmy leukopenję trawienną znajdowaliśmy również odwrócenie wzoru leukocytów. Dość często stwierdzaliśmy u naszych chorych na czczo limfocytozę, oraz niedużego stopnia eozynofilję.

Z badań powyższych wynika, że wahania leukocytów we krwi obwodowej u naszych chorych na cukrzycę występujące, zjawiały się w pewien ściśle oznaczony sposób, a mianowicie: po spożyciu pokarmów białkowych w postaci leukopenji trawiennej, (za wyjątkiem jednego przypadku), a po spożyciu pokarmów węglowodanowych w $^4/_5$ przypadków w postaci leukopenji trawiennej, a w $^1/_5$ przypadków w postaci leukocytozy trawiennej. W przypadkach w których podawaliśmy bułkę z insuliną w większości przypadków występowała leukopenja trawienna, lecz najwcześniej po 30 minutach po wstrzyknięciu insuliny, a po 15 minutach po podaniu bułki, tak, że nie wiadomo, czy leukopenję należy odnieść do spożytej bułki (raczej do bułki) czy do wstrzykniętej insuliny; tylko w jednym przypadku, w którym znaleźliśmy leukocytozę trawienną po bułce i po jajach, wystąpiła leukopenja trawienna w 15 minutach po wstrzyknięciu insuliny, a przed podaniem bułki; przypadek ten dotyczył chorej, która przez 2 lata pozostawała na insulinie, podczas gdy inni chorzy badani na próbę hemoklastyczną nie pobierali przed próbą insuliny. Odmienne zachowanie się tego przypadku możnaby więc może odnieść do tej okoliczności.

Z naszych badań nie wynika jakoby rozmieszczenie ciałek białych we krwi ulegało wahaniom przypadkowym, jak to uważają niektórzy autorowie, którzy odmawiają znaczenia wahaniom ciałek białych we krwi; nasze przypadki wykazywały wybitne spadki, albo (rzadziej) wzniesienie krzywej leukocytów we krwi, odbywające się według pewnej reguły. Nie brało się pod uwagę przypadkowych wahań leukocytów dochodzących + 500, jako leżących w granicach fizjologicznych, przy interpretacji wzniesienia lub spadku krzywej ciałek białych jako leukocytozy lub leukopenji trawiennej. Równocześnie ze spadkiem ciałek białych we krwi obowodowej, występował spadek ciśnienia krwi, niekiedy spadek ciśnienia krwi pojawiał się nieco wcześniej, niekiedy nieco później niż leukopenja trawienna; w każdym razie obydwa te zjawiska występowały ze sobą równorzędnie, chociaż nie zawsze wielkość spadku ciałek białych odpowiadała wielkości spadku ciśnienia krwi.

Badania nasze nie są odosobnione, gdyż już Widal ze swoimi uczniami wykazał, że podanie różnych cukrów wywołuje u chorych na cukrzycę wstrząs hemoklastyczny. Stwierdził on w 10 przypadkach cukrzycy lekkiej i ciężkiej wstrząs hemoklastyczny po podaniu glukozy w ilości od 2—20 g; jedynie chory na moczówkę nerkową nie zareagował wstrząsem na podaną glukozę. Na podstawie tego uważają ci autorowie, że hemoklazja po cukrze, zwłaszcza po tak małych dawkach cukru jest charakterystyczną dla chorych na cukrzycę, gdyż w innych przypadkach, w których przeprowadzili odpowiednie badanie nigdy nie stwierdzili hemoklazji po 20 g cukru.

Ciekawe światło na sprawę rozmieszczenia ciałek białych we krwi rzucają badania E. F. Müllera i Petersena, które zarazem wyjaśniają na drodze doświadczalnej zawiłe zagadnienie leukopenji trawiennej. Według powyższych autorów istnieje związek czynnościowy między naczyniami krwionośnemi obwodowemi, a naczyniami unerwionemi przez nerw trzewny *(n. splanchnicus)*, który reguluje t. z. równowagę trzewno-obwodową *(splanchno-peripheres* Gleichgewicht). Równowaga ta polega na odwrotnem ustawieniu naczyń obwodu niż naczyń trzew. Odpowiednio do tego nastawienia, zmienia się przepuszczalność śródbłonka naczyń krwionośnych. Zmiany powyższe przychodzą do skutku dzięki systemowi nerwowemu mimowolnemu. Rozdzielenie ciałek białych we krwi obwodowej i w naczyniach unerwionych przez n. trzewny jest tego rodzaju, że są one stale co do liczby zwiększone w obrębie przewagi unerwienia parasympatycznego, a zmniejszone w obrębie przewagi unerwienia sympatycznego. Badanie stosunków ilościowych ciałek bia-

| Przypadek chorobowy | Bułka | | Jaja wzgl. mięso | | Bułka + insulina | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | zmniejszenie względnie zwiększenie ciałek białych | Spadek ciśnienia | zmniejszenie względnie zwiększenie ciałek białych | Spadek ciśnienia | zmniejszenie względnie zwiększenie ciałek białych | Spadek ciśnienia |
| 1 Ri. . a diabetas gravis | + 1200 | 0 | — 3000 | — 20 mm Hg | — | — |
| 2 Ze. . o glykosuria alim | — 1000 | 0 | — 2850 | — 5 mm Hg | — 2000 | — 10 mm Hg |
| 3 St. . . . a diab. lev. | — 1150 | — 7 mm Hg | — 1400 | — 15 mm Hg | + 1000 | + 5 mm Hg |
| 4 Se. . . . a diab. grav. | — 2400 | — 10 mm Hg | — 1500 | — 20 mm Hg | — 1150 | — 15 mm Hg |
| 5 Da. . . n diab. lev. | — 2500 | — 10 mm Hg | — 5700 | — 10 mm Hg | — | — |
| 6 Lo. . . . l diab. lev. | + 2000 | + 5 mm Hg | — 1400 | — 5 mm Hg | + 900 | 0 |
| 7 M. . . . a diab. lev | — 1250 | — 10 mm Hg | — 850 | — 25 mm Hg | — 1800 | 0 |
| 8 K. . . a diab. grav. | + 1600 | 0 | + 1000 | 0 | — 2800 | — 5 mm Hg |
| 9 A. . . . a diab grav. | — 1000 | — 30 mm Hg | — 2500 | — 15 mm Hg | — 1150 | — 10 mm Hg |
| 10 F. . . 's diab. grav. | + 500 | 0 | — 1000 | — 15 mm Hg | — 900 | + 5 mm Hg |
| 11 Lu. . n diab. lev. | — 2550 | — 5 mm Hg | — 2300 | — 5 mm Hg | — | — |
| 12 L. . ń diab lev. | — 750 | — 10 mm Hg | — 1900 | — 5 mm Hg | + 500 | 0 |
| 13 F. . . n diab grav. | — 1900 | — 12 mm Hg | — 2150 | — 5 mm Hg | — | — |
| 14 R. . . . ż diab. lev. | — 1000 | 0 | - 2250 | — 5 mm Hg | — | — |
| 15 K. . . . i diab. lev. | — 1600 | — 10 mm Hg | — 1250 | — 25 mm Hg | — 1950 | — 25 mm Hg |
| 16 H. . . n diab. grav. | — 1500 | — 5 mm Hg | — 1700 | — 5 mm Hg | — 2300 | — 15 mm Hg |
| 17 Sch. . m diab. lev. | — 3350 | — 20 mm Hg | — 2350 | — 30 mm Hg | — | — |
| 18 M. . . s diab lev. | — 400 | — 15 mm Hg | — 1550 | — 15 mm Hg | — | — |
| 19 B. . . a diab grav. | - 150 | — 5 mm Hg | — 1000 | — 5 mm Hg | — 1350 | — 10 mm Hg |
| 20 Sz. . . a diab. lev. | + 1100 | 0 | 1800 | — 15 mm Hg | — 600 | 0 |
| 21 J. . . . a diab. grav. | — 1700 | 0 | — 1500 | — 30 mm Hg | — | — |
| 22 R. . . . a d ab. lev | — 900 | — 10 mm Hg | — 2500 | — 10 mm Hg | 0 | 0 |
| 23 H. . . r diab. lev. | — 3500 | — 35 mm Hg | — 1000 | — 15 mm Hg | — | — |
| 24 Ch. . . u diab. grav. | — 350 | 0 | — 1500 | — 10 mm Hg | 0 | 0 |
| 25 G. . . . r diab. lev. | + 1000 | 0 | — 2900 | — 45 mm Hg | — | |

łych we krwi (leukocytoza, leukopenja) ma stanowić odbicie każdorazowych zmian w unerwieniu naczyń obwodowych i naczyń z obrębu n. trzewnego. Petersen i E. F. Müller stwierdzili doświadczalnie, że po wstrzyknięciu peptonu i ciał działających podobnie jak pepton występuje zmniejszenie się ilości ciałek na obwodzie, z równoczesnem zwiększeniem ilości ciałek białych w obrębe n. trzewnego, co wskazuje na przewagę unerwienia parasympatycznego w tej okolicy.

Według Petersena i Müllera wstrzyknięcie królikowi 0.5 g peptonu dożylnie wywołuje krótkotrwały wstrząs z następującemi objawami: silny i szybki spadek ciałek białych w naczyniach obwodowych, idący w parze z nagromadzeniem się ciałek białych w obrębie naczyń n. trzewnego; spadek ciśnienia krwi, zmiany w krzepliwości krwi, wzrost cukru we krwi, wzrost koncentracji białka w limfie; przechodzenie do limfy włóknika, enzymów i barwików wstrzykniętych do krwiobiegu. Na podstawie zwiększonego oddawania limfy u zwierząt, przechodzenia barwików z krwi do limfy przyjmują autorowie we wstrząsie peptonowym zwiększenie przepuszczalności śródbłonka naczyń w zakresie n. trzewnego i wątroby. Podobnie jak pepton działają: wstrzyknięcie salwarsanu, podrażnienia skórne, elektryczne drażnienie n. błędnego. Zmiany powyższe występują na skutek natychmiastowego oddziaływania systemu nerw. autonomicznego.

Odmienne stosunki w zachowaniu się równowagi trzewno-obwodowej znajdowali Petersen i Müller po wstrzyknięciu insuliny, po której przychodzi u zwierząt i u ludzi w okresie niskiego poziomu cukru we krwi do wybitnej leukocytozy obwodowej, a u zwierząt prawie do zupełnego zniknięcia leukocytów z obrębu naczyniowego n. trzewnego. Wskazuje to na zmniejszenie przepuszczalności śródbłonka naczyń i komórek narządów unerwionych n. trzewnym, a więc na oddziaływanie wprost odwrotne niż po wstrzyknięciu peptonu; zmniejszenie przepuszczalności a nawet zupełna nieprzepuszczalność śródbłonka naczyń z obrębu n. trzewnego, występująca pod wpływem insuliny utrudnia nieraz przejście wody; pozostaje ono w parze z przewagą unerwienia sympatycznego naczyń i organów tej okolicy.

Objawy hipoglikemiczne, czyli wstrząs insulinowy jak mówią Müller i Petersen występują inaczej u zwierząt niż u ludzi. U ludzi zdrowych nie spostrzegano wstrząsu po dawkach insuliny wywołujących wstrząs u chorych na cukrzycę. Do objawów wstrząsu insulinowego należą: hipoglikaemja, leukocytoza obwodowa dochodząca do 20.000, niepokój, osłabienie, drżenie rąk, ucisk w okolicy żołądka, zaczerwienienie skóry twarzy, pocenie się, drgawki, nieprzytomność.

Według Müllera i Petersena wstrząs insulinowy polega na ostrem zaburzeniu systemu nerwowego autonomicznego, przyczem powstaje przewaga sympatyczna w napięciu naczyń unerwionych przez nerw trzewny, a parasympatyczna na obwodzie; wstrząs insulinowy powstaje na skutek zubożenia wątroby w glikogen, a jest niezależny od koncentracji cukru we krwi.

Badania powyższych autorów nie stoją w sprzeczności z przyjętem dzisiaj zapatrywaniem, które reprezentują Noorden i Issac, że objawy hipoglikaemiczne występujące po insulinie nie należy łączyć z niskim stanem cukru we krwi; zatem przemawiają: spostrzeżanie różnych zatruć, przebiegających z hipoglikaemją, jakoteż duże obniżenie cukru we krwi po poście u chorych na cukrzycę, w których to przypadkach nigdy nie zauważono objawów hipoglikaemicz-

nych. Niejednokrotne nieustępowanie objawów hipoglikaemicznych po wlewaniach cukru i adrenaliny świadczyłoby podobnie.

Dotychczas nie znamy mechanizmu działania insuliny, gdyż tak teorja według której insulina ma hamować rozpad glikogenu i nadmierne tworzenie się cukru z białka i tłuszczów, jakoteż inna teorja o zwolnionem spalaniu cukru do którego ma przychodzić pod wpływem insuliny, nie są pewne. Spostrzeżenia kliniczne i badania Petersena i Müllera wykazują, że insulina poza swym działaniem obniżającem cukier we krwi wybitnie wpływa na naczynia krwionośne z obrębu unerwienia n. trzewnego, na naczynia obwodu i na przepuszczalność śródbłonka naczyniowego.

Powyższe właściwości insuliny są bardzo znamienne, jak również ogromnie charakterystyczną jest okoliczność, że insulina wywołuje zmiany odwrotne do zmian spotykanych po wstrzasie peptonowym. Porównanie działania pokarmów białkowych i węglowodanowych w cukrzycy, tak bardzo podobnego do działania peptonu, wstrzykniętego dożylnie z jednej strony, ze zmianami, które wywołuje insulina z drugiej strony daje możność wysnucia pewnych przypuszczeń.

Na znaczenie zmian w krążeniu naczyń trzewnych w cukrzycy zwrócił już uwagę Cl. Bernard, który stwierdzał przyspieszenie krążenia w tych naczyniach, dzięki działaniu nerwów naczynio-ruchowych. „Komórki wątrobne, warsztat tworzenia glikogenu są oplecione naczyniami krwionośnemi; jeśli krążenie jest w nich żywsze, zetknięcie krwi z sokami komórkowemi ściślejsze, to takie działanie na glikogen jest żywsze, przemiana obfitsza, a wytworzony cukier zostaje bezpośrednio dalej oddany. Przyspieszenie krążenia w wątrobie wzmaga glikaemję". W ten sposób tłumaczył Cl. Bernard swe ukłucie cukrowe.

Badania Nesterowskiego, Kolatschewsky'ego, Korolkowa i i. wykazały, że komórki wątrobowe nie są unerwione, a tylko naczynia kapilarne wątrobowe są zaopatrzone częściowo przez n. błędny częściowo przez n. współczulny. Löffler zaś i Nordmann stwierdzili, że system nerwowy wpływa przez krążenie krwi pośrednio na przemianę materji wątroby, a nie wprost na komórki wątroby. Okazuje się zatem, że słusznie Cl. Bernard przypisywał duże znaczenie krążeniu naczyń trzewnych w cukrzycy, chociaż badacz ten jedynie na przespieszenie krążenia zwracał uwagę. Bezsprzecznie zmiany w naczyniach wątrobnych odgrywają w powstawaniu glikaemji wybitną rolę.

Staraliśmy się powyżej zebrać szereg szczegółów natury klinicznej i porównać z nowszemi badaniami z dziedziny cukrzycy i alergji, spodziewając się, że przez to da się wniknąć głębiej w sprawę patogenezy cukrzycy. Chorzy na cukrzycę reagują na spożycie pokarmów białkowych prawie zawsze spadkiem leukocytów w krwi obwodowej i obniżeniem ciśnienia krwi; a podobnie (w większości przypadków) po spożyciu pokarmów węglowodanowych. Z wyżej przytoczonych badań różnych autorów wynika, że przełom hemoklastyczny jest wyrazem zaburzenia w układzie nerwowym wegetatywnym i wskazuje na parasympatyczną przewagę w unerwieniu organów przez n. trzewny. Badania Tinela i Santenoise'a wykazują, że hipervagotonja wyrażająca się między innemi hemoklazją pokarmową warunkuje wstrząs peptonowy i wstrząsy anafilaktyczne. Sochański, podobnie jak większość autorów powiada o wstrząsie anafilaktycznym, jako o zjawisku natury parasympatycznej. Jakkolwiekbądź będziemy zapatrywać się na kwestję przełomu hemoklastycznego, stwierdzić musimy, że jest on zasadniczem zjawiskiem występującem we wstrząsie anafilaktycznym. W cukrzycy zaś obok leukopenji trawiennej przebiegającej ze spadkiem ciśnienia krwi spostrzegamy objawy takie jak świąd, pokrzywka itp. zmiany skórne, następnie specjalną wrażliwość na niektóre pokarmy białkowe i węglowodanowe i t. d. Wszystko to każe przypuszczać, że chorzy na cukrzycę wykazują objawy uczulenia pokarmowego.

Podobne przypuszczenie wyraził już Funck w 1914 r. uważając, że przejście obcogatunkowych białek przez jelita i wątrobę z następowem pozajelitowem trawieniem białka jest zasadniczym czynnikiem patogenetycznym w schorzeniach takich jak *diabetes genuina, arteriosclerosis, hypertonia, migraena*. Autor ten tłumaczył jednakowoż, że alergja pokarmowa w tych przypadkach jest uwarunkowaną chroniczną, konstytucjonalną małowartościowością błony śluzowej jelit.

Tłumaczenie nasze jest nieco odmienne. Chorzy na cukrzycę oddziaływują na wprowadzone pokarmy białkowe i węglowodanowe leukopenją i spadkiem ciśnienia krwi, podobnie jak to widzimy u zdrowych po dożylnem wprowadzeniu peptonu, lub jak to spostrzegamy we wstrząsie anafilaktycznym. Z badań Petersena i E. F. Müllera wynika, że w tych warunkach przychodzi do zwiększenia przepuszczalności śródbłonka naczyń watroby, dzięki czemu mogą przedostawać się do krwiobiegu składniki, które w normalnych warunkach przez ściany naczyń nie przechodzą. Nic więc łatwiejszego nad przypuszczenie, że skoro u chorych na cukrzycę znajdują się takie warunki, które usposabiają do swobodnego przejścia do krwiobiegu, niedotrawionych pokarmów, że owe składniki mogą być przyczyną wywołania objawów alergicznych. W grę wchodziłyby głównie resztki rozpadu białka, które — jak wiadomo — mają szczególne znaczenie dla powstania zespołu objawów alergicznych. Że jednak i inne ciała natury niebiałkowej mogą też odgrywać rolę wynika z badań różnych autorów.

W początkowych już okresach cukrzycy zachodzi możliwość zatruwania organizmu pewnemi składnikami, które działają w sposób wstrząsowy. Mimo, że zaburzenie przemiany materji jest jeszcze nie duże zjawiają się wyżej przytoczone objawy alergiczne. Z czasem, gdy stan choroby pogarsza się, mogą wchodzić w grę — poza ułatwionem wessaniem produktów rozpadu — także produkty przemiany materji pośredniej, które również mogą działać wstrząsowo. W ten sposób pod wpływem pobieranych pokarmów białkowych i węglowodanowych przychodziłoby u chorych na cukrzycę do codziennych drobnych wstrząsów. Niekiedy jednak zależnie częściowo od czynników takich jak wzruszenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe itp. częściowo zaś skutkiem większego nagromadzenia produktów przemiany białkowej, lub też nagromadzenia szczególnie trujących produktów tejże przemiany przychodziłoby do silnego wstrząsu, do śpiączki. Rolę kwasicy w śpiączce cukrzyczej uwzględniono wyżej.

W ten sposób możnaby tłumaczyć powstanie objawów alergicznych w cukrzycy. Zasadniczym warunkiem pojawiania się tychże są zmiany w przepuszczalności naczyń wątroby, które występują u chorych na cukrzycę. Autorowie amerykańscy w szczególności Cocq upatruje w zwiększonej przepuszczalności naczyń włosowatych najważniejszy czynnik usposobienia alergicznego. Zmian takich należy dopatrywać się w cukrzycy nietylko na podstawie przez nas przerobionych badań, jakoteż podobnych wyników osiągniętych przez Widala przy spostrzeganiu leukopenji trawiennej po glukozie u chorych na cukrzycę. E. F. Müller i Petersen wypowiadają w trakcie swych badań nad znaczeniem wahań ciałek białych na obwodzie zdanie, że w cukrzycy mamy do czynienia z zaburzeniami, które prowadzą do niezwykłego odczynu ze strony systemu trzewno-obwodowego. Na naczynia wątrobowe zwrócił pierwszy uwagę C. Bernard, który wprawdzie w sposób odmienny, jednak przypisywał im zasadnicze znaczenie w powstawaniu hiperglikaemji w cukrzycy. Również doświadczenia Löfflera nad działaniem ergotaminy na wątrobę wykazują jak duży wpływ mają naczynia krwionośne wątroby na przemianę materji.

Ponieważ czynność naczyń krwionośnych stoi pod wpływem układu nerwowego wegetatywnego, należy przyjąć, że pewne zmiany w układzie nerwowym wegetatywnym są pośrednią przyczyną zaburzeń prowadzących do zwiększonej przepuszczalności śródbłonków naczyń wątrobowych. Dochodzimy zatem do wniosku, że ostatecznie zmiany w układzie nerwowym wegetatywnym są zasadniczym czynnikiem patogenetycznym w cukrzycy i przyłączamy się do zdania tych autorów, którzy od C. Bernarda poczynając szukają rozwiązania zagadki cukrzycy w schorzeniu układu nerwowego wegetatywnego.

Przyjmując możliwość istnienia uczulenia pokarmowego u chorych na cukrzycę nie pozostajemy w sprzeczności z dotychczas przyjętymi poglądami, według których hormon trzustkowy odgrywa zasadniczą rolę w tem cierpieniu, obok innych znanych czynników patogenetycznych. Należy sądzić, że obok zaburzeń gruczołów dokrewnych i układu nerwowego mimowolnego powodujących hiperglikaemję i glikosurję istnieją u chorych na cukrzycę jeszcze zaburzenia innego rodzaju, które prowadzą do występowania objawów alergji. Nie przesądzamy, czy zaburzenia natury alergicznej w cukrzycy są następstwem schorzenia narządu cukrotwórczego, czy może przeciwnie przyczyniają się między innymi czynnikami do wystąpienia schorzenia tegoż. Pewne okoliczności — może — jak wspomniany już związek chorób przemiany materji, a w szczególności cukrzycy, z pewnemi chorobami alergicznemi, ujawniający się w dziedziczności przedewszystkiem, uprawniają raczej do przyjęcia tego drugiego przypuszczenia.

**Piśmiennictwo.**

H. v. d. Bergh: Vorlesungen über Zuckerkrankheit: — v. Noorden u: Isaac: Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. — Umber: Ernährung und Stoffwechselkrankheiten. — Kraus-Brugsch: Spezielle Pathologie u. Therapie. Bd. II/I. Bd. I. XI. — Kolle u. Hetsch: Experimentelle Bakteriologie u. die Infectionskrankheiten. — Filiński: P. G. L. 1922, str. 766 i 1923, str. 509. — J. Tinel et D. Santenoise: Presse Médic. 1922, Nr. 30. — Looper, Marchal: Presse Méd. 1925. Nr. 93. — Mirkin, Rachlin: Med. Klinik 1926, Nr. 29. — Sochański: Pol. Arch. Med. Dośw. T. I. Z. 2, 3, P. G. L. 1927, Nr. 5. — E. Wolheim: Zsch. f. exp. Med. 53, 3/4. — Walterhöfer: Deutsch. Arch. f. Kl. Med. Bd. 153, H. 3—4. — Modrakowski: Med. Dośw. i Społ. T. V, Z. 3—4. — Latkowski: Przegląd Lekarski 1917, Nr. 27. — Glaser: Ergebnisse d. ges. Med. Bd. IX. —

Schmidt u. Ssatschian: Zschr. f. Exp. Mediz. 1927, Bd. 54. H. 1/2. — Loeffler: Zschr. f. Exp. Med. 1927, Bd. 54, h. 2. — Cohn-Bronner: Münch. Med. Wschr. 1927, Nr. 26. — Petersen u. E. F. Müller: Zschr. f. Exp. Med. 54, 3/4. 1927. — Klin. Wschr. 1926, Nr. 2 i Nr. 23, Klin. Wschr. 1927, Nr. 18. — Müller: Münch. Med: Wschr: 1926, 1924. — Funck: Münch. Med: Wschr. 1927, Nr. 23. Arch. f. Verdaungskrankh. — Widal: XX. 4. refer. Presse Médicale 1920, Nr. 91. — Stelling: Münch. Med. Wschr. 1927, Nr. 30. — Koskowski: P. G. L. 1924. Nr. 8—9. — Węgierko: P. G. L. 1926, Nr. 32. — Górecki: P. G. L. 1926, Nr. 26. — Danysz: P. G. L. 1927 r. Nr. 26. — Vernet: Presse Médic. 1926, Nr. 81. — Lumiere: Presse Médic. 1926, Nr. 70. — Kämmerer: Allergische Diathese u. allergische Krankheiten.

---

Dr. Franciszek ŁUKASZCZYK, asystent Kliniki. Kraków.

## W sprawie Glukhormentu.

Z I Kliniki wewnętrznej U. J. w Krakowie. (Oddział I A Szpitala św. Łazarza): Prym. Doc. Dr. Tempka:

Doniesienie tymczasowe.

Glukhorment jest to przetwór sporządzony przez firmę Horment A. G. w Berlinie. Pierwszy wypróbował go klinicznie i korzystne wyniki ogłosił Noorden (Klinische Wochenschrift 1927, Nr. 22). Według tego doniesienia ma to być przetwór uzyskany przez pracującego w wymienionej firmie chemika R. Meissnera, z trzustki poddanej fermentacji. Fermentacja ma się odbywać jedynie w obecności zaczynów trzustkowych bez dodania, jak zapewniają, jakichkolwiek innych ciał nieorganicznych, a wskaźnikiem do przerwania fermentacji ma być wystąpienie glukocjaminu. Przetwór ten podawany zwierzętom okazał się nieszkodliwy, a stosowany u chorych na cukrzycę wykazał własności przeciwcukrzycze. Z początku, jak pisze Noorden, używano całej sfermentowanej masy, później za jego radą, tylko jej frakcji działającej (około 2% całej masy). Co do natury działającego ciała, to jak pisze Noorden, z początku myślano, czy nie jest niem ów glukocjamin, gdyż zawiera grupę guanidynową. W tym przypadku działanie glukhormentu byłoby podobne do działania syntaliny. Jednak dodanie glukocjaminu nie wzmacniało działania glukhormentu, zaś samych pochodnych guanidyny miała być w glukhormencie, według tego opisu, znikoma ilość, tak, że Noorden przypuszczał działanie jakiejś innej grupy chemicznej. Również korzystne spostrzeżenia o działaniu glukhormentu ogłosili wkrótce po Noordenie, Sandmeyer i Pulfer.

W ostatnich czasach ukazały się jednak doniesienia szeregu poważnych badaczy (von den Velden, v. Oeser, Lungecker, Wiechowski, Biedl, Dale i Dudley i inni) dotyczące tak działania glukhormentu jak głównie jego składu chemicznego. Z doniesień tych wynikałoby, że glukhorment zawiera jeśli już nie syntalinę samą, to w każdym razie związki guanidynowe (w ilości ponad 1%) dające odczyny chemiczne tak do syntaliny podobne, że je od niej trudno oddzielić. Jest więc sprawa chemicznego składu glukhormentu dotychczas niewyjaśnioną, a nawet wyżej wymienieni autorowie podają w watpliwość prawdziwość opisu otrzymywania tego środka. Glukhorment znajduje się w handlu w pastylkach po 0.3 g i podług załączonego przepisu podaje się go 3—5 razy dziennie po 1 pastylce w 10 minut po jedzeniu.

W Krakowskiej I Klinice wewnętrznej po otrzymaniu od firmy Horment większej ilości tego środka do wypróbowania, zastosowaliśmy go dotychczas w 11 przypadkach cukrzycy różnego nasilenia. Wprawdzie spostrzeżenia nasze nie są jeszcze ukończone, zwłaszcza porównanie działania syntaliny i glukhormentu, podaję jednak wnioski do jakich doszliśmy na podstawie dotychczasowego materjału ze względu na aktualność sprawy, zwłaszcza, że lek ten już przeniknął do Polski, tembardziej, że w piśmiennictwie polskiem nie ogłoszono dotychczas odnośnych spostrzeżeń, zostawiając sobie ew. na później dokładne omówienie przypadków [1]).

1) Korzystne działanie glukhormentu stwiedziliśmy we wszystkich przypadkach cukrzycy, lecz nie we wszystkich było ono jednakowo wyraźne, gdyż jedne przypadki oddziaływały więcej drugie mniej dodatnio. Niekiedy nie mogliśmy stwierdzić zależności działania glukhormentu od ciężkości danego przypadku w tem znaczeniu, że przypadki lżejsze reagowały czasem słabiej na glukhorment niż ciężkie. Także w poszczególnych przypadkach przetwór ten okazywał niejednakowe działanie.

2) Na cukier we krwi wpływa glukhorment bardzo powoli, nie obniżając go zazwyczaj do normy.

3) Aceton i kwas acetooctowy w przypadkach lżejszych znikały, w cięższych naogół się zmniejszały, chociaż były przypadki pod tym względem oporne.

4) Najważniejszy był wpływ na cukromocz, który obniżał się o 30—100 g na dobę. Wpływ ten występował już po 2—3 dniach, czasem później i trwał 1—2 dni; po odstawieniu leku cukromocz i ketonurja z powrotem narastały.

5) Prawie we wszystkich przypadkach, w których konieczne było stosowanie insuliny, udawało się zmniejszyć jej ilość nawet do połowy i więcej, przy równoczesnem podawaniu glukhormentu. Całkowite jednak zastąpienie insuliny w tych ciężkich przypadkach glukhormentem okazało się niemożliwe. Nie wchodząc w szczegóły mechanizmu działania glukhormentu, mogliśmy na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń zauważyć, że glukhorment w porównaniu z insuliną działa słabiej i powolniej jednakże działanie jego utrzymuje się dłużej.

6) Bezpośredniego wpływu glukhormentu na ilość moczu, ani też na wagę ciała nie stwierdziliśmy.

7) Przeszkodą w dłuższem stosowaniu glukhormentu stanowiły uboczne objawy natury dyspeptycznej (utrata łaknienia, nudności, odbijania, uczucie pełności, rzadziej biegunki), które występowały czesto i to nieraz już po 2—3 dniach podawania tego leku. Dolegliwości te nie były zbyt silne, po odstawieniu glukhormentu na 1—2 dni ustępowały łatwo i często przy powtórnem zastosowaniu leku już nie wracały. Czasem jednak utrudniały dłuższe stosowanie preparatu pomimo przerw w podawaniu leku. W każdym razie były te dolegliwości bez porównania słabsze niż po podawaniu syntaliny i nie wywoływały ani białkomoczu ani urobilinurji i urobilinogenurji.

Gdyby więc nawet działającą grupą były związki guanidynowe lub nawet sama syntalina, stwierdzić należy w każdym razie, że byłaby ona podawana w odpowiedniejszej postaci czy też ilości i wobec tego zasługiwałaby na dalsze wypróbowanie kliniczne. Niemniej byłaby cała ta sprawa grubem nadużyciem ze strony firmy chemicznej lekarzy a przedewszystkiem Noordena.

Niedaleka przyszłość zapewno tę sprawę wyjaśni.

---

# SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Kazimierz TYSZKA, asyst. kliniki. Lwów.

## Stryphnon jako środek przeciwkrwotoczny w krwawieniach płucnych.

Z II Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie: Dyrektor: Profesor Dr. Roman Rencki.

Nie rozstrzasając tutaj różnych postaci krwawień płucnych i zależności ich od różnych postaci gruźlicy płuc zajmiemy się jedynie wynikami, otrzymanemi stosowaniem stryphnonu przy powyższych krwawieniach.

Według Sterlinga wskazania lecznicze przy krwotoku z płuc mają wytknięte trzy zadania: wpłynąć na czynniki, które wywołały krwotoki — na czynniki, które podtrzymują krwotoki, na czynniki, które sprzyjają zatamowaniu krwi.

Ustanie krwawienia zależy od zdolności organizmu tworzenia skrzepu krwi. Krzepnienie krwi jest sprawą zaczynu fermentacyjnego i tylko wtedy występuje normalnie, gdy we krwi znajdują się trombogeny, trombokinaza i sole wapniowe we właściwym stosunku. Równość czasu krzepnienia krwi zależy od zaburzenia tego stosunku, od zmniejszonej ilości we krwi jednego z tych czynników. Dlatego przy krwawieniach płucnych należy stosować środki, które moga podnieść krzepliwość krwi.

W tym celu należy z jednej strony stosować środki, które podnoszą tworzenie się trombokinazy, względnie które dla wyrównania stężenia krwi powodują przypływ płynu z tkanek do krwi, a wraz z nim i większej ilości trombogenu i trombokinazy. Do środków tych należy hipertoniczny roztwór (10%) soli kuchennej, bromku sodowego, cukru gronowego, chlorku wapnia, pepton. Ewentualnie można wprowadzić do krwi wprost trombokinazę pod postacią surowicy. W ostatnich latach (Stephan) nadzieje, związane z wprowadzeniem naświetlania promieniami Roentgena śledziony i kości długich z myślą oswobodzenia w większej ilości trombogenów i w ten sposób wzmożenia krzepliwości krwi — nie spełniły się.

Drugim czynnikiem, niezbędnym do krzepnienia są sole wapniowe, dlatego ich brak lub małe ilości we krwi mogą być przyczyną zwolnionego krzepnienia krwi — dlatego też wstrzyknięcie chlorku wapna daje niekiedy bardzo dobre wyniki. Jednak jeżeli upośledzona krzepliwość zależy od braku trombokinazy, to injekcje chlorku wapniowego (jako soli wapnia) nie da nam bezpośredniego dobrego wyniku, a będzie miało tutaj ono jedynie znaczenie jako doprowadzenie do krwi stężonego roztworu soli, powodującego — jak

---

[1]) Vide Polska Gazeta lek. Nr. 5 z r. 1928 (przyp. red.).

powyżej zaznaczyłem — dopływ z tkanek trombokinazy. Należy jeszcze podnieść, że F o n i o, wychodząc z założenia, że płytki krwi są nosicielami trombozymów, spreparował z płytek krwi *coagulen*, który rzeczywiście często działa uspokajająco na krwawienie.

Z powyższego krótkiego przeglądu i z praktyki codziennej wiemy, że nie mamy do rozporządzenia w krwawieniach płucnych ani jednego środka pewnie działającego. Do środków działających leczniczo przy krwawieniach należy zaliczyć również adrenalinę, zastosowaną przy krwawieniach właściwie celem zmniejszenia otworu krwawiącego, jako środek kurczący naczynia. Jednak należy pamiętać, że działanie adrenaliny — aczkolwiek bardzo intenzywne, jednak jest krótkotrwałe, gdyż adrenalina nadzwyczj szybko się rozkłada i przestaje działać, zwłaszcza w roztworze alkalicznym tak, że zwiększone zasady krwi już wystarczają niekiedy do znacznego ograniczenia działania adrenaliny. W 1904 r. S t o l z otrzymał syntetycznie adrenalinę. Mianowicie na drodze syntezy doszedł on do aminoketonu, przez redukcję którego otrzymał aminoalkohol — t. j. adrenalinę.

Ten keton — (stryphnon) methylaminoacetopyrokatechina jest więc ostatnim związkiem, poprzedzającym adrenalinę w jej syntetycznem wytwarzaniu. Jest to biały proszek, trwały, dobrze rozpuszczalny w wodzie. Roztwór jego może być gotowany bez rozkładu, przy dłuższem staniu staje się brunatnawy, bez utraty jednak swego działania.

Ciało to zostało w 1905 r. wypróbowane na zwierzętach przez O. L ö w i 'ego i H. H. M e y e r 'a, którzy wykazali, że jego działanie jest uderzająco podobne z działaniem adrenaliny. Mianowicie działanie to nie jest tak silne, trwa natomiast znacznie dłużej, a co — najważniejsze — jego jadowitość jest znacznie ograniczona w porównaniu z adrenaliną. To też L a u b (1906) wprowadza go do praktyki laryngologicznej, a A l b r e c h t w 1922 do chirurgji, jednak tylko lokalnie jako środek przeciwkrwotoczny przy krwawieniach miąższowych. Wkrótce w 1924 r. — U r b a n wprowadza injekcje stryphnonu domięśniowo lub dożylnie jako środek zastępczy zamiast adrenaliny. Zastosowanie stryphnonu poprzedziły — jak to wyżej zaznaczyłem — ścisłe badania farmakologiczne na zwierzętach, dokonane przez O. L ö w i 'ego i prof. H. H. M a y e r a, a następnie C s e p a i i P l a t z a, K o l l e r t i R e z e k a i i.

Według badań tych stryphnon przy podawaniu dożylnem działa podnosząco ciśnienie krwi 50—60 razy mniej skutecznie, aniżeli adrenalina.

Eksperymentalne badania na zwierzętach dowodzą (L ö w i i M a y e r), że stryphnon dożylnie jest mniej skuteczny, aniżeli adrenalina. Co się tyczy podskórnych stosowań, to należy wziąć pod uwagę, że według większości autorów przy podskórnem podawaniu adrenaliny decydujące znaczenie dla jej działania posiadają warunki resorbcji.

K o l l e r t i R e z a k podskórnie stosowali dawki 3-krotnie większe niż adrenaliny i przy tych badaniach próbnych przekonali się, że dwaj chorzy wykazali po tych zabiegach wzniesienia ciśnienia o 25—50 mm rtęci. Według nich nadają się ku celom leczniczym najlepiej dawki 0,12—0,20 mg na kg wagi, przy której to dawce daje się zauważyć wzniesienie średnie ciśnienia o 20—30 mm słupa rtęci.

Według L ö w i 'ego i M a y e r a stosowanie większych dawek stryphnonu nie powoduje większego podwyższenia ciśnienia krwi, a jedynie przedłużenie trwania tego samego podniesionego ciśnienia. L ö w i i M a y e r podają, że ciśnienie krwi przy podskórnem zastrzyknięciu podwyższało się dopiero po 40 min., a według K o l l e r t a i R e z e k a zaczyna się czasami już po 1 minucie, a najpóźniej po 20 min. i średnio czas podwyższonego ciśnienia wynosi około 30 min. (najdłużej trwało 42 min.), osiągając najwyższy poziom ciśnienia po 5—15 min.

Przy podawaniu dożylnem według K o l l e r t a i R e z e k a podniesione ciśnienie zaczyna się już po 15 sek., osiągając maksimum po 45 sek., najpóźniej po 75 sek., powracając do początkowego ciśnienia z powrotem po 2 min., a najpóźniej po 4 min.

Jeżeli porównać działanie adrenaliny i stryphnonu, wstrzykniętych podskórnie, to okaże się, że 0.7 mg adrenaliny (przy wadze człowieka 50—60 kg) podnosi ciśnienie krwi prawie również silnie jak 0.2 mg stryphnonu na kilo wagi. Z obliczenia powyższego wynika, że stryphnon przy podawaniu podskórnem jest 15 razy mniej skuteczny, aniżeli adrenalina, — a jak poprzednio zaznaczyliśmy — jest on przy podawaniu dożylnem 50—60 razy mniej skuteczny niż adrenalina.

Z badań powyższych autorów wynika, że reakcja naczyniowa przy podskórnej injekcji stryphnonu mniej przeszkadza resorbcji jego, aniżeli ta reakcja przy adrenalinie. Jeżeli bowiem strzyknąć stryphnon choremu podskórnie 0,15 mg na kg wagi to pierwsze objawy miejscowej reakcji skórnej w postaci anemji, gęsiej skórki (*cutis anserina*) występują dopiero po 6—8 min., osiągając maksimum po 26—30 min., ustępując zaś zupełnie po 2 godzinach.

Tymczasem gdy ten sam chory otrzyma 0.6 mg adrenaliny (ilość odpowiadająca pod względem zdolności podwyższenia ciśnienia 0.2 mg stryphnonu na kg wagi), to podobne pierwsze objawy występują zwykle już po 2 min., osiągając maximum po 16 min., a znikając po godzinie. Widzimy więc, że przy podskórnej injekcji stryphnonu miejscowe objawy skórne występują o wiele później, znacznie później osiągają swoje maximum, jak również dłużej się utrzymują. Co do działalności na tętno to według L ö w i 'e g o i M a y e r 'a stryphnon działa podobnie jak adrenalina, sprowadzając przyśpieszenie tętna. Występującego niekiedy przy dożylnej injekcji adrenaliny zwolnienia tętna (5%) po injekciach stryphnonu nigdy nie zauważyliśmy. Najwyższy przyrost tętna w naszych przypadkach mieliśmy 28 uderzeń na minutę, najniższy 8, średnio około 20 uderzeń; takie przyspieszenie trwa zwykle 1—4 minut.

Co się tyczy ogólnych objawów, jak bladość, bicie serca, hypnoe, tremor, uczucie trwogi, to w naszych 16 przypadkach obserwowaliśmy je zaledwie w 3 przypadkach po zastrzykach podskórnych i w jednym po dożylnym występowały one zaraz prawie po zabiegu, a po 3—4 minutach ustępowały zupełnie.

K o l l e r t i R e z e k podnoszą, że otrzymali częściej objawy ogólne (w 12 przyp. na 18) po injekcjach podskórnych; w 3 przypadkach, w których objawy te wystąpiły najsilniej mogli stwierdzić istnienie u tych chorych objawów thyreotoksycznych.

A l b r e c h t (1922) donosząc o dobrych skutkach gazy stryphnonowej przy kapillarnych krwawieniach przedewszystkiem w chirurgji donosi, że nigdy nie widział jakiegokolwiek szkodliwego wpływu ani na ogólny stan chorego, ani na miejsce zastosowania leku.

O dobrych wynikach, otrzymanych przy operacjach w jamie noso-gardzielowej, donoszą w swych pracach F r e y, S p e r b e r i R e t k i. Również w dentystyce otrzymywano dobre wyniki, a według S e p p a R u f a — przy wszelkich krwawieniach z narządów miąższowych, obrażeniach wątroby — gaza stryphnonowa oddaje znakomite usługi. Prof. S c h i l l i n g stosuje z dobrym skutkiem w laryngologji, prof. H e g a r donosi o dobrych rezultatach przy zabiegach operacyjnych w ginekologji.

Stryphnon nie jest pozbawiony pewnego znaczenia jako środek nasercowy i naczyniowy. U r b a n stosował stryphnon przy osłabieniu serca i stanach kolaptycznych po zabiegach operacyjnych z dobremi wynikami. S t e p p R u f sądzi, że polem działania tego środka są zaburzenia w krążeniu, spowodowane przez ostrą niedomogę czynności serca lub naczyń, przedewszystkiem spowodowane dużemi operacjami lub chorobami infekcyjnemi, gdyż żaden ze środków nasercowych nie przeciwstawia się tak spadkowi ciśnienia jak stryphnon. S t e p p R u f stosował stryphnon też przy niektórych ostrych zaburzeniach krążenia *(sepsis, peritonitis)* ze spadkiem ciśnienia krwi — jako podskórne lub dożylne wlewania roztworu soli z dodatkiem stryphnonu — z wynikami bardzo dobremi. Do dożylnych wlewań używał on 50 ccm roztworu soli z dodatkiem 0'5 ccm 1% stryphnonu.

M e y e r i L o e w i sądzą, że otrzymane podniesienie ciśnienia krwi zależy nie od wzmożenia pracy serca, lecz od skurczu naczyń. Wogóle wszędzie tam, gdzie spadek ciśnienia zależy nie od zmniejszenia siły serca, lecz od uszkodzenia wasomotorów — tam stryphnon okazuje się dzielnym środkiem, jak n. p. przy skrwawieniach z naczyń jamy brzusznej.

Przewaga stryphnonu nad adrenaliną leży także w tem, że występujących przy podskórnem wstrzyknięciu adrenaliny nekroz i absdesów nigdy nie widzimy przy stosowaniu stryphnonu. Należy podnieść jeszcze, że szczególnie dobre wyniki stosowania stryphnonu w ostrych zaburzeniach krążenia widzieli liczni autorzy przy kombinowanem jego stosowaniu z preparatami naparstnicy i strophantyny, co się tłumaczy tem, że środki te mają inne punkty zaczepienia w swem działaniu.

W e d ł u g L a u b a występuje zupełna anemja błony śluzowej po smarowaniu 4—5% roztworem wodnym stryphnonu i trwa 3—4 godziny. A l b r e c h t poleca stryphnon przy *haematemesis* przy wrzodzie żołądka (4 do 8 tabletek po 0.025 gr rozpuścić w 1/4 litra wody i podawać po łyżeczce kawowej co 10 min.: roztwór jest prawie bez smaku. (Przy krwawieniach z dolnego odcinka jelit lub z rectum poleca przemywanie roztworem stryphnonu (4 tabletki po 0.25 gr na litr wody). Również przy hemoroidach można dodać stryphnonu do czopków.

Co się tyczy sposobu podawania stryphnonu, to A l b r e c h t podnosi, że dawkowanie przy podskórnem stosowaniu jest utrudnione z powodu większej toksyczności przy tym sposobie stosowania. Poleca on dożylnie dawać 0.01 do 0.015 mg na kg wagi, podskórnie zaś 0.12 do 0.20 mg na kg, podnosząc, że działanie dożylne jest pewniejsze. Jako środek nasercowy i naczyniowy poleca on

przy osłabieniu serca i stanach zapadu co 1—2 godz. 1—2 cm domięśniowo lub 0.5 ccm dożylnie 1% roztworu: do wlewań solnych zaś poleca dodawać 0.5 ccm 1%.

Zachęceni powyższemi pomyślnemi wynikami stosowania styphnonu przy krwotokach miąższowych, przy operacjach ginekologicznych, laryngologicznych, w dentystyce jak również pracą Weidinger'a, który otrzymał dobre wyniki przy krwotokach płucnych stosowaliśmy powyższy środek przy krwawieniach płucnych jak również w jednym przypadku wrzodu żołądka, w czasie leczenia którego wystąpiły uporczywe obfite krwotoki z narządów rodnych.

W jednym przypadku uporczywego krwioplucia w ciągu kilku dni, a następnie średniego stopnia krwotoku mogłem się przekonać o szybkiem, prawie natychmiastowem działaniu. Chorej poprzednich dni zastrzykiwano różne środki przeciwkrwotoczne prawie bez żadnego rezultatu. Już w czasie dożylnej injekcji ilość wykrztuszonej krwi zaczęła się zmniejszać a po injekcji krwotok ustał zupełnie, jedynie wykszstuszona plwocina była zabarwiona resztkami poprzednio wykaszliwanej krwi, a wkrótce potem plwocina była zupełnie bez domieszki krwi. Po skończeniu injekcji dożylnej wstrzyknąłem zaraz jeszcze styphnon podskórnie. Chora przez 36 godzin nie krwawiła zupełnie;po tym czasie powtórzyło się nieznaczne krwioplucie, które po ponownym zastrzyku ustało i więcej się nie powtarzało.

W drugim przypadku uporczywego krwioplucia, a co pewien czas większego krwotoku obserwowaliśmy również natychmiastowe zaprzestanie krwotoku przy dożylnej injekcji styphnonu, aczkolwiek nie na długo, gdyż po kilkunastu godzinach krwotok się powtórzył; pomimo dalszego leczenia tego przypadku injekcjami styphnonu, wapnia, koagulenu — każdy z tych środków zatrzymywał krwawienie, ale zwykle nie na długo; w tym przypadku w czasie jednego krwotoku wstrzyknięcie styphnonu pozostało bez skutku, dopiero potem zrobiony zastrzyk peptonu Spiess'a zdołał chwilowo krwotok zatrzymać. Przypadek ten o tyle zasługuje na podniesienie, że — gdy wszelkie środki zawiodły lub też działały jedynie na pewien przeciąg czasu, tymczasem założenie odmy piersiowej sztucznej zdołało powstrzymać dalsze krwawienie.

W wielu jeszcze innych przypadkach można się było przekonać o przeciwkrwotocznem działaniu styphnonu, aczkolwiek trzeba to podkreślić odrazu tutaj, że leczenie krwotoków czy krwioplućć injekcjami styphnonu podobnież jak wielu innemi dotychczas używanemi środkami przeciwkrwotocznemi jest niepewne, a niekiedy mało skuteczne. Jedynie pewny niezawodny środek — jak dotychczas — mamy w założeniu sztucznej odmy piersiowej, której założenie jednak nie zawsze z różnych powodów jest możliwe.

Naogół jednak należy powiedzieć, że krwawienie często ustaje i to nieraz szybko, aczkolwiek po kilkunastu godzinach lub kilku dniach czasami znowu powtarza się, ażeby znowu ustać po styphnonie. Przeważnie robiliśmy zastrzyk dożylny, a w kilka minut potem drugi podskórny.

Co do dawkowania to trzymaliśmy się przeważnie przepisu fabrycznego, dawkując przy podskórnych wstrzyknięciach po 0.25 do 0.35 ccm 0.5% roztworu, a przy dożylnych 0.5‰ roztworu (co czyni u człowieka n. p. 60 kg — 1,5 ccm, najwyżej 2,1 ccm) gotowego w ampułkach roztworu. Ostatnio zwykle nawet przekraczaliśmy powyższą dawkę, wstrzykując zawartość całej ampułki (2.2 ccm). Jeszcze należy omówić technikę zastrzyków. Otóż wstrzykiwać należy zawsze bardzo powoli, robiąc po każdem wstrzyknięciu (0,1 ccm) 2—3 oddechów, tak, że cały zabieg trwa zwykle 5—8 minut. Przy bardzo powolnej injekcji nic nie szkodzi jeżeli dawkę się nieco przekroczy bez wystąpienia objawów ubocznych.

Miejscowej reakcji przy dożylnej injekcji nie otrzymaliśmy zupełnie; przy podskórnej injekcji miejscowa reakcja skórna w postaci anemji, gęsiej skórki, występowała przeważnie po 6—8 minut., osiągając maximum po 26—30 minut., znikając zaś zupełnie po 2 godzinach. Co do objawów ogólnych, jak bladości, bicia serca, hypnoe, tremor, uczucie trwogi, to w naszych przypadkach, obserwowaliśmy je zaledwie w trzech po zastrzyknięciu podskórnem i w jednym po dożylnej injekcji.

Co do działalności na tętno to zgodnie z badaniami innych autorów otrzymaliśmy jego przyspieszenie.

Najwyższy przyrost w naszych przypadkach mieliśmy 28 uderzeń na minutę, najniższy 8, średnio około 20 uderzeń. Takie przyspieszenie trwało zwykle 1—4 minut.

Występującego niekiedy przy dożylnej injekcji adrenaliny (w 5% przyp.) zwolnienia tętna nigdy nie zauważyliśmy po injekcjach dożylnych styphnonu.

Ciśnienie krwi zwykle ulegało wzniesieniu. W przypadkach kilku ściślej badanych widzieliśmy wzniesienie o 15—25—30 mg słupa rtęci. Średnio czas podwyższonego ciśnienia krwi trwa około 30 min. przy podskórnej injekcji.

Ocena styphnonu jako środka przeciwkrwotocznego czy to jako działającego chwilowo, czy też jako leczniczego jest bardzo trudną, gdyż — jak wiemy — krwawienie płucne bardzo często mija niezależnie od rodzaju zastosowanego leku, a często bez jakiegokolwiek leczenia.

Należy jednak stwierdzić, że styphnon uspokaja często krwotoki na stałe lub na pewien przeciąg czasu; i wtedy — jeżeli to uznamy za wskazane — możemy zastosować wstrzyknięcie dodatkowe innych środków, powodujących krzepnięcie albo też założyć sztuczną odmę piersiową.

Co do sposobu działania styphnonu to będzie on ten sam, co i przy stosowaniu adrenaliny. Przedewszystkiem stosowana jest ona z myślą zmniejszenia otworu krwawiącego, jako środek zwężający naczynia; na końcu naczynia krwawiącego utworzy się skrzep, który po ukończeniu okresu zwiększonego ciśnienia może wystarczyć do zahamowania dalszego krwawienia. Preparaty adrenalinowe mogą — być może — mieć wpływ na krwawienia płucne *per diapedesin,* przez uszczelnianie ścian naczyń włosowatych przy pomocy wapnia. Sterling sądzi, że adrenalina działa — być może — i w inny sposób: mianowicie kurcząc — na krótki czas — naczynia, zgęszcza krew, wypycha z układu naczyniowego do soków tkankowych części płynu krwi; po zniknięciu skurczu prąd płynu powraca do krwi, porywając z sobą z tkanek trombokinazę.

Jeżeliby przyjąć tłumaczenie Sterlinga, to tembardziej da się ono zastosować do injekcyj styphnonu zwłaszcza podskórnych, działanie których jest daleko dłużej trwające, również silne, a mniej jadowite. Styphnon jak i adrenalina będzie działał leczniczo — tylko dłużej, a więc lepiej — przy krwotokach zastoinowych, sprzyjając usunięciu zastoju w naczyniach krążenia małego.

Wiedząc jak wielki odsetek krwawień płucnych jest tego pochodzenia, możemy należycie ocenić wartość tego preparatu. Możliwe też, że wstrzykiwanie preparatów adrenalinowych — a więc i styphnon — działa na poziom wapnia we krwi, co wynikałoby z doświadczeń niedawnych, Sergent'a i Binet'a, — a co wpływałoby pomyślnie na lepsze zdolności krzepnięcia krwi.

Jak wynika z powyższych rozważań przy stosowaniu preparatów adrenalinowych należy dążyć do jak najdłuższego ich działania. To można otrzymać właśnie przez stosowanie styphnonu, zwłaszcza podskórne, którego działanie — jak poprzednio zaznaczyłem — trwa do 30 minut, a według pojedyńczych spostrzeżeń nawet do 42 min. Może on być stosowany bez obawy nekrozy, co nie zawsze da się uniknąć przy stosowaniu adrenaliny, nie mówiąc już o tem, że często miejscowe warunki, jak brak wyraźnych żył, złe oświetlenie, brak asysty uniemożliwiają zabieg dożylny.

Należy przypuszczać, że również i inne ciała, działające podobnie do adrenaliny i styphnonu, a mianowicie, *ephedryna* i *ephetonina* będą działały podobnież przy krwawieniach, jak adrenalina. To też badania nad działaniem przeciwkrwotocznem ephedryny i ephetoniny są obecnie przeprowadzane w lwowskiej klinice, a wyniki po ich ukończeniu będą niebawem ogłoszone.

---

Dr. Władysław DOBRZANIECKI, Asystent Kliniki. Lwów.

**Zastosowanie coraminy w chirurgji.**

Z Kliniki chirurgicznej U. J. K: Dyrektor: Prof: Dr: H: Schramm:

Częściowe lub zupełne osłabienie układu krążenia i oddechania stanowi jedną z bardzo częstych przypadłości w praktyce chirurgicznej, wywołanych pod wpływem wstrząsu operacyjnego, zapadu spowodowanego krwotokiem, uszkodzeniem anatomicznem lub czynnościowem ważnych narządów, działaniem środków znieczulających, użytych w większej ilości lub też uśpieniem i związanemi z tem zaburzeniami oddechowemi powodującemi w następstwie powikłania płucne.

W przypadkach tych zmuszeni jesteśmy uciec się do użycia t. zw. leków cucących, wśród których wysuwa się na plan pierwszy olejek kamforowy jako najbardziej pewny i najszerzej stosowany środek. W zapadzie jednak dążyć będziemy do tego, by lek cucący natychmiast wchłaniał się i możliwie najszybciej działał jak również by można działalność jego zależnie od dawkowania podskórnego, śródmięśniowego lub śródżylnego zwolnić lub przyspieszyć, by dawkę jego w razie potrzeby natychmiast raz lub kilkakrotnie można powtórzyć nie powodując objawów zatrucia lub prze-dawkowania w postaci kumulacji, by wreszcie dał się dokładnie dawkować i pewnym był pod względem swego farmakodynamicznego działania.

Kamfora warunkom idealnego leku cucącego nie odpowiada, z racji bowiem najczęstszej swej postaci (olejku kamforowego)

wchłania się powoli a skutkiem tego nie działa dostatecznie szybko. Przy osłabieniu krążenia obwodowego nie wchłania się zupełnie z tkanki podskórnej jak to stwierdziły niejednokrotnie oględziny pośmiertne. Podawanie dożylne kamfory jest niebezpieczne ze względu na możliwość powstania zatorów tłuszczowych roztwór jej zaś wodny (rozpuszcz. 1 : 800) praktycznie jest nie do użycia. Pozatem kamfora działa krótko gdyż w ustroju ciepłokrwistych przechodzi w nieczynne związki skutkiem łatwego utleniania się a użyta w większej ilości powoduje objawy zaburzeń mózgowych natury psychiczno-ruchowej. Pozatem powodować może bolesne nawet długo utrzymujące się nacieki wskutek niedostatecznej jałowości lub nieodpowiedniego olejku. Doustne podawanie kamfory (po za innemi objawami jak odbijanie i przykry smak) ani pod względem wysokości dawki, ani też pod względem jakości jej działania nie jest pewne.

Z powodu powyższych niedogodności starano się w szeregu pochodnych kamfory lub też po za nią znaleść środek rozpuszczalny w wodzie, któryby pod względem działania farmakologicznego jej odpowiadał. Badania i prace w tym kierunku doprowadziły w ostatnim czasie do syntetycznego otrzymania leków, któreby temu zadaniu odpowiadały a wśród nich na pierwszem miejscu należy wymienić Coramine.

Dzięki uprzejmości Pabjanickiego Towarzystwa Przemysłu Chemicznego otrzymaliśmy większą ilość Coraminy celem wypróbowania na tutejszej klinice chirurgicznej.

Coramina chemicznie stanowi 25% roztwór wodny dwuetylamidu kwasu pirydyno- $\beta$ -karbonowego i działa w doświadczeniach na zwierzętach (F a u s t) zupełnie jak kamfora, gdyż wzmaga czynność układu krwionośnego i oddechowego, uwidaczniającą się zwiększeniem ciśnienia krwi jakoteż przyspieszeniem i pogłębieniem oddechu. Działając podniecająco na ośrodek oddechowy działa wybitnie antagonistycznie w stosunku do morfiny.

Ważną jest kwestja dawkowania przy dłuższem stosowaniu danego leku od czego zależy często wynik terapeutyczny. Z chwilą bowiem zmienionego oddziaływania ustroju na dany lek skutkiem przyzwyczajenia musimy dawkę zwiększyć, ażeby osiągnąć odpowiednio intenzywne jej działanie. Otóż S c h ü b e l doświadczalnie na zwierzętach a G u t h klinicznie stwierdzili, że stosowanie Coraminy nie wywołuje przyzwyczajenia do niej i skutkiem tego każda następna dawka pod względem swego działania wywołuje taki efekt jak dawka pierwsza czyli że Coraminę możemy stale stosować nie obawiając się kumulacji.

Zasługą T h a n h a u s e r a i F r i t z l a jest wprowadzenie Coraminy do kliniki. Oni to na wielkim materjale stwierdzili, że Coramina pod względem jakości działania zajmuje pośrednie miejsce między kamforą a kofeiną i jest bardziej zbliżoną do kamfory, nie wykazując własności preparatów naparstnicowych. Przy śródżylnem jej stosowaniu działanie występuje natychmiast i utrzymuje się przez kilka godzin nie dając żadnych objawów ubocznych. Zaletę Coraminy stanowi to, że skala stosowania śródżylnego jest dość szeroka a niebezpieczeństwo przedawkowania bardzo małe.

Wyżej wymienieni autorowie w ciężkich nieskompenzowanych przypadkach niedomogi sercowej podawali Coraminę wraz z preparatami naparstnicy a po uzyskaniu wyrównania stosowali już tylko Coraminę, utrzymując chorego w tem stadjum przez czas dłuższy.

H i r s c h b e r g stosował Coraminę w pedjatrji szczególnie w schorzeniach połączonych z zaburzeniami krążenia a więc w zapaleniu płuc, w ropnych zapaleniach opłucny i t. p. Stwierdził on, że w tych przypadkach znikają zaburzenia oddechowe *(dyspnoe, polypnoe)*, ustępuje sinicowe zabarwienie a wzmaga się u dzieci apetyt, co odnosi do lepszego ukrwienia narządów pod wpływem tego środka.

W zakresie psychjatrji stosował Coraminę z powodzeniem W u t h a mianowicie w przypadkach zapadu w stanach psychicznego podniecenia lub po podaniu silnych narkotyków celem usunięcia tych stanów dalej w porażeniu postępującem, gdzie często przychodzi do zaburzeń ze strony układu wegetatywnego i ośrodka oddechowego. Stosowano ją też w *status epilepticus* zamiast dotychczas używanej atropiny, kofeiny lub kamfory z tego przedewszystkiem względu, że nie daje objawów podniecenia psychomotorycznego, które w padaczce staramy się przedewszystkiem usunąć. Przy leczeniu porażenia postępującego zimnica lub durem powrotnym występują często objawy ciężkich zapadów, które Coramina opanowuje. W u t h zaleca też jej podawanie w zatruciach morfiną, dwutlenkiem węgla, veronalem, luminalem i w ciężkich psychozach (zapad).

A s h e r porównując doświadczalnie wartość leczniczą Coraminy i Cardiazolu dochodzi do wniosku, że ogólnie rzecz biorąc skala stosowania Coraminy jest większą aniżeli Cardiazolu i że niebezpieczeństwo stosowania preparatu pierwszego jest mniejsze aniżeli drugiego, co uzależnionem jest od możności stosowania Coraminy w większej koncentracji. Doprowadzając eksperymentalnie przy stosowaniu głębokiego uśpienia do zniesienia oddechu i do obniżenia ciśnienia krwi do 30 mm słupa rtęci stwierdzał, że wówczas każdy środek cucący zawodził prócz Coraminy.

Z polskich autorów zaleca Coraminę T y p o g r a f w przypadkach chorób zakaźnych jakoteż w przewlekłej niedomodze sercowej. Zdaniem jego Coramina stanowi doskonały środek dający się dokładnie dawkować, dobrze wchłaniający się, działający szybko i silnie i wpływający niezwykle pomyślnie zarówno na krwiobieg jak i na narząd oddechowy.

D o b r o w o l s k i stosował Coraminę u gruźlików ze zmianami czynnemi, pozatem jako analepticum przy powikłaniach w zakładaniu odmy opłucnowej (zator powietrzny?) śródżylnie lub dosercowo.

Na tutejszej klinice chirurgicznej stosujemy Coraminę od półtora roku. Stanowi ona według naszych spostrzeżeń doskonały lek cucący, gdyż zależnie od potrzeby szybkości zadziałania ten sam preparat można podać podskórnie, śródmięśniowo i śródżylnie. Stosowaliśmy ją przed uśpieniem po podaniu morfiny jako antidotum przeciw tej ostatniej. Oddech w czasie uśpienia jest wówczas spokojny, równomierny i głęboki, co ma duże znaczenie z tego względu, że dobry oddech opanowuje skłonność do wymiotów a więc pośrednio zapobiega pooperacyjnym powikłaniom płucnym. W przypadkach trudnego usypiania z objawami sinicy względnie początkowej zamartwicy podanie Coraminy nawet bez przerywania narkozy stany te wyrównało.

U 65-letniego mężczyzny przy znacznych zmianach w mięśniu sercowym *(myocarditis)*, z arytmją i początkami obrzęku płuc, gdzie wszelka terapja nasercowa okazała się bezskuteczna podanie 4-ch ampułek Coraminy w ciągu dnia skompenzowało wszystkie ciężkie objawy.

Poza stanami zapadowemi w związku z zabiegiem operacyjnym podajemy obecnie Coraminę we wszystkich tych przypadkach, gdzie stosować można kamforę.

Opierając się na doświadczeniach F a u s t a, że działanie Coraminy na serce żaby daje zwolnienie tętna i zwiększenie jego objętości, dwukrotnie podaliśmy Coraminę śródsercowo w stanach agonalnych przy zupełnym braku tętna obwodowego. W pierwszym przypadku podaliśmy wpierw śródsercowo adrenalinę a po wygaśnięciu jej działania Coraminę. Pojawiło się tętno obwodowe utrzymujące się przez 4 minuty.

W drugim przypadku również w okresie agonji podana śródsercowo Coramina wywołała pojawienie się tętna obwodowego i czynnych oddechów, po początkowem zastosowaniu sztucznego oddechania. Chwilowa ta poprawa znikła po 4 i ½ minutach.

W przetaczaniu krwi gdzie po ciężkich skrwawieniach chodzi o natychmiastowe podniesienie sprawności mięśnia sercowego, któryby mógł rozprowadzać dostarczoną krew po ustroju względnie tam gdzie mięśniowi sercowemu ze względu na zwiększoną masę krwi w układzie krwionośnym grozi ostre rozszerzenie — podanie Coraminy jest bardzo polecenia godnem. Wyrównuje ona pozatem tętno, które w czasie przetaczania pod względem swego napięcia i częstości ulega dużym wahaniom. Dlatego też obecnie prawie z reguły używamy Coraminy przed lub w czasie przetaczania podając ją ewentualnie śródżylnie z transfundowaną krwią.

Coraminę stosowaliśmy przeważnie w postaci wstrzykiwań jako bardziej odpowiadającą naszym celom. Przy podawaniu jednak i doustnem mieliśmy sposobność spostrzegać bardzo dodatnie wyniki (niedomykalność zastawki dwudzielnej ze znacznemi obrzękami, zapalenie mięśnia sercowego *(myocarditis)*, marskość wątroby z płynem przesączynowym w jamie brzusznej).

Wola z objawami Basedowa przygotowujemy do zabiegu operacyjnego podając przez dłuższy czas Coraminę w małych dawkach t. j. trzy razy dziennie po 10—15 kropli (dawka normalna 25—50 kropli).

Żadnych ubocznych objawów i powikłań nie obserwowaliśmy skutkiem czego możemy ją zalecić na podstawie naszych spostrzeżeń klinicznych jako pełnowartościowy lek cucący w chirurgji zwłaszcza w postaci wstrzykiwań, który w zupełności nie tylko zastępuje ale i przewyższa kamforę.

Najwyższe dawki jakie osiągnęliśmy w ciągu doby dochodziły nieraz do 8 ampułek przyczem nie zauważyliśmy podniecenia psychicznego charakterystycznego przy stosowaniu kamfory w większej ilości.

**Piśmiennictwo.**

1) A s h e r: Schweizer. Medizin. Wochenschr. 1926. Nr 23. — 2) B u r i a n: Wiener klin. Wochenschr. 1925. Nr. 39. — 3) B u s c h m a n n: Medizin. klin: 1925. Nr. 52. — 4) D o b r o w o l s k i: Pol. Gaz. lek. 1927. Nr. 49. — 5) F a u s t: Schweizer. Medizin. Wochenschr. 1924. Nr. 10. — 6) F l e c k s e d e r: Wiener klin. Wochenschr. 1924 Nr, 43. — G u t h: Münch. mediz. Wo-

chenschr. 1925 Nr. 14. — Hirsch: Klin: Wachenschr. 1926 Nr. 19. — Hübler: Wiener klin. Wochenschr. 1926 Nr. 15. — Ortner: Ars medici 1924 Nr. 12. — Paulsen: Deutsche mediz. Wochenschr. 1927 Nr. 16. — Rosenberg: Münch. med. Wochenschr. 1925. Nr. 43. — 13) Schübel: Klin. Wochenschr. 1925, Nr. 47. — Straumann: Schweiz. med. Wochenscht. 1926. Nr. 12. — Thannhauser i Fritzel: Ibidem 1924, Nr. 10. — Typograf: Polska Gazeta lekarska 1927, Nr. 6. — Wuth: Münch. med. Wochenschr. 1925, Nr. 45.

---

## MEDYCYNA SPOŁECZNA.

### Projekt rozporządzenia

Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia . . . . . . 1927 r. o zwalczaniu gruźlicy.

Na zasadzie art. 44 ustęp 6 Konstytucji i ustawy z dnia 2 sierpnia 1926 r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczpospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr. 78, poz. 443) postanawiam, co następuje:

Art. 1.

Ustanawia się obowiązek zgłaszania każdego stwierdzonego wypadku gruźlicy płuc i krtani, jakoteż każdorazowej zmiany mieszkania osoby chorej i każdego przypadku zgonu z gruźlicy.

Art. 2.

Obowiązek zgłaszania przypadków gruźlicy obciąża osoby niżej wymienione w następującej kolejności:

1) lekarza ordynującego względnie lekarza, który stwierdził bakterjologicznie gruźlicę;
2) pielęgniarkę,
3) głowę rodziny,
4) właściciela lokalu.

Powyższe osoby są również obowiązane do zgłaszania zmiany mieszkania osoby chorej.

W zakładach leczniczych, położniczych, przytułkach, zakładach wychowawczych, więzieniach itp. obciąża powyższy obowiązek kolejno:

1) lekarza,
2) pielęgniarkę,
3) przełożonego zakładu.

Zgłoszenia przypadków zgonu dokonywa osoba, obowiązana do wystawiania świadectwa (karty) zgonu.

Art. 3.

Zgłoszenia (art. 1) należy składać właściwemu lekarzowi powiatowemu bezpośrednio lub za pośrednictwem przychodni (poradni) przeciwgruźliczej, uprawnionej przez powiatową władzę administracji ogólnej do przyjmowania zgłoszeń.

Zgłoszenia mogą być składane ustnie lub pisemnie w kopercie zamkniętej.

Zgłoszenia o przypadkach gruźlicy i zmianie mieszkania należy składać najpóźniej w ciągu 8-iu dni, zgłoszenia przypadków zgonu w ciągu 24 godzin, licząc od dnia stwierdzenia względnie powzięcia wiadomości o wypadku.

Art. 4.

Zarządzenia, służące do zwalczania gruźlicy, obejmują:

1. ustalenie diagnozy przez zarządzenie badania bakterjologicznego plwocin osób, dotkniętych gruźlicą, lub podejrzanych o nią;
2. zarządzenie nieszkodliwego usuwania plwocin osób chorych;
3. odosobnienie chorego w miarę możności, zwłaszcza od dzieci i na porę spania, w jego mieszkaniu lub w zakładach leczniczych, albo usunięcie dzieci oraz osób, skłonnych do gruźlicy, z jego otoczenia;
4. zakaz karmienia, pielęgnowania i wogóle wykonywania przez osoby gruźlicze zajęcia, wymagającego bezpośredniego ich stykania się z dziećmi;
5. zakaz zatrudniania osób, dotkniętych gruźlicą, w wytwórniach i miejscach sprzedaży artykułów spożywczych i przedmiotów użytku, które mogą szczególnie łatwo przenosić zarazę;
6. odkażanie mieszkania (pokoju gościnnego, przedziału kolejowego, kajuty itp.) pościeli, bielizny i odzieży ewent. innych przedmiotów użytku po chorym;
7. w odniesieniu do żłóbków, instytucyj kropli mleka itp. nakaz pausteryzowania mleka;
8. przymus w stosunku do chorych poddawania się zarządzeniom pielęgniarskim przychodni, lub leczeniu się w szpitalu.

Art. 5.

Stosowanie środków, przewidzianych w art. 4, następuje w poszczególnych wypadkach na podstawie zarządzenia powiatowych władz administracji ogólnej.

Funkcje te może jednak właściwy Wojewoda zlecić organom wykonawczym powiatowych i gminnych związków komunalnych, posiadających odpowiedni personel lekarski, w stosunku do miasta Warszawy przekazania dokonywa Minister Spraw Wewnętrznych.

Art. 6.

Obowiązek zakładania i utrzymywania przychodni przeciwgruźliczych obciąża gminy wiejskie i miejskie, którym w wypadkach, przewidzianych przez niniejsze rozporządzenie, przychodzą z pomocą powiatowe związki komunalne.

Gminy wiejskie i miejskie, liczące ponad 5.000 mieszkańców są obowiązane urządzić i prowadzić przychodnie przeciwgruźlicze; gminy mniejsze łączą się w tym celu w związki.

Gminy mogą być zwolnione od obowiązków zakładania i utrzymywania przychodni, jeżeli na danym terenie jest czynna przychodnia powszechna, prowadzona należycie przez instytucję społeczną.

O obowiązku i czasie założenia przychodni, o obowiązku połączenia się gmin w związek oraz o terenie działalności związku, o rozmiarze świadczeń na założenie i prowadzenie przychodni orzeka właściwa władza nadzorcza na wniosek organów sanitarnych powiatowych władz administracji ogólnej, kierując się względami na szerzenie się gruźlicy, tudzież siły finansowe związków komunalnych.

Art. 7.

Przychodnia przeciwgruźlicza winna pozostawać pod kierownictwem lekarza i posiadać personel lekarski oraz środki techniczne, potrzebne dla rozpoznania choroby.

Przychodnia bada stan zdrowotny i warunki bytowania chorego, ustala źródło choroby i sposób jej szerzenia się, roztacza opiekę nad chorymi i ich współmieszkańcami, uświadamia ich co do zaraźliwości choroby i środków zapobiegawczych, zwracając szczególniejszą uwagę na ochronę dzieci oraz osób, skłonnych do gruźlicy i współdziała wogóle w wykonaniu niniejszego rozporządzenia, stosując analogicznie postanowienia art. 8 i 9 ustawy z dnia 25 lipca 1919 r. w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób, występujących nagminnie (Dz. Praw Nr. 67 po. 402).

Ustanowienie kierownika przychodni przeciwgruźliczej wymaga zatwierdzenia przez wojewódzka władzę administracji ogólnej, a w mieście st. Warszawie — przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

Powiatowe władze administracji ogólnej za pomocą swych fachowych organów koordynują i nadzorują działalność i rozmieszczenie przychodni i nadają jednolity kierunek walce z gruźlicą.

Art. 8.

Związki komunalne, obowiązane do utrzymywania szpitali, mają bezzwłocznie podjąć starania, ażeby w miarę swej możności finansowej jaknajwcześniej, nie później jednak, niż w ciągu 5 lat, posiadać potrzebną liczbę łóżek szpitalnych lub sanatoryjnych dla chorych gruźliczych.

Miasta fabryczne lub przeludnione, które oznaczy rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych, będą obowiązane ponadto tworzyć stacje leśne.

Art. 9.

Powszechne zakłady lecznicze lub powszechne publiczne zakłady specjalne dla gruźliczych chorych są obowiązane, w miarę posiadanych wolnych łóżek, przyjmować przekazanych przez lekarza urzędowego chorych gruźliczych, zamieszkałych w danem mieście wydzielonem względnie w gminie danego powiatu.

Art. 10.

Lekarz urzędowy za zgodą chorego, a o ile tego wymagają konieczne względy na zdrowie publiczne — i bez jego zgody, skierowuje chorego do przychodni (poradni) przeciwgruźliczej lub do szpitala.

O ile niema przychodni (poradni) (art. 6), lekarz urzędowy wystąpi do urzędu gminnego o zastosowanie środków pielęgniarskich i zapobiegawczych, przewidzianych w art. 7 niniejszego rozporządzenia.

Art. 11.

W wypadku nagminnego szerzenia się gruźlicy w jakiejkolwiek instytucji lub zakładzie powiatowa władza administracji ogólnej niezależnie od zarządzeń przewidzianych w niniejszem rozporządzeniu, zastosuje na czas grożącego niebezpieczeństwa środki, przewidziane w ustawie z dnia 25 lipca 1919 r. o zwalczaniu cho-

rób zakaźnych (Dz. Ust. R. P. Nr. 67, poz. 402), w szczególności w art. 11 pkt. 6 tej ustawy.

Kierownik danej instytucji lub zakładu jest obowiązany udzielić lekarzowi urzędowemu, przeprowadzającemu dotyczące badania, wszelkich żądanych przezeń wyjaśnień.

Art. 12.

Przepisy wykonawcze określą normy, według których mają być urządzane, otwierane i prowadzone wszelkie na obszarze Państwa istniejące i powstające przychodnie, poradnie, sanatorja, stacje leśne, oddziały szpitalne itp. dla chorych gruźliczych, utrzymywane tak przez instytucje publiczne, jak i prywatne.

Niestosowanie się do tych przepisów może niezależnie od sankcyj karnych, przewidzianych w art. 16, pociągnąć za sobą wstrzymanie działalności zakładu do czasu usunięcia uchybień, jeżeli mimo zagrożenia nakaz władzy nadzorczej nie zostanie wykonany w wyznaczonym terminie.

Wymienione w ustępie pierwszym instytucje są obowiązane dostarczać władzom administracji ogólnej na żądanie wszelkich danych, dotyczących ich działalności w zakresie zwalczania gruźlicy, w tej liczbie również danych statystycznych.

Art. 13.

Na terenie gmin wiejskich, jak również gmin miejskich, których ludność nie przekracza 5.000 mieszkańców, koszty założenia i utrzymania przychodni (poradni) przeciwgruźliczej dzielą się między gminy i powiatowy związek komunalny w ten sposób, że gmina dostarcza odpowiedniego pomieszczenia, sprzętów, opału, oświetlenia, materjałów pisarskich (z wyjątkiem specjalnych druków) i obsługi niefachowej, natomiast powiatowy związek komunalny opłaca personel fachowy lekarski i pomocniczy oraz dostarcza narzędzi lekarskich, medykamentów tudzież druków specjalnych. Personel fachowy należy w tym wypadku do funkcjonarjuszów powiatowego związku komunalnego.

Na terenie innych gmin, w szczególności także w miastach wydzielonych, wszystkie koszty założenia i prowadzenia przychodni (poradni) ponosi gmina.

Art. 14.

Do opłat za korzystanie z przeciwgruźliczych zakładów leczniczych i stacyj leśnych stosuje się przepisy w sprawie pokrywania kosztów leczenia w szpitalach publicznych.

Za korzystanie z przychodni przeciwgruźliczej żadnych opłat od chorych pobierać nie wolno, a tylko od instytucyj, zobowiązanych do udzielania dotyczących świadczeń na podstawie specjalnych ustaw.

Koszty dezynfekcji obciążają chorego, a w razie jego niezamożności gminę jego miejsca zamieszkania lub miejsca zgonu (art. 20 i 23 ustawy z 25 lipca 1919 r. Dz. U. R. P. Nr. 67, poz. 402).

Art. 15.

Środki prawne, wniesione przeciw zarządzeniom, wydanym na podstawie art. 4, 8 ust. 2, 9 ust. 1 i 12 nie wstrzymują wykonania tych zarządzeń.

Art. 16.

Winny zaniechania zgłoszeń, do których jest obowiązany w myśl niniejszego rozporządzenia (art. 1, 2 i 3), lub niestosowania się do zarządzeń względnie przeciwdziałania zarządzeniom, wydanym na jego podstawie (art. 4, 8 ust. 2, 9 ust. 1, 10 ust. 2 i 12), podlega w drodze postępowania administracyjnego karze grzywny do 1.000 zł lub aresztu do 3-ch miesięcy.

Od orzeczenia karnego powiatowej władzy administracji ogólnej przysługuje w ciągu 7-miu dni od dnia doręczenia orzeczenia prawo wniesienia na ręce tej władzy odwołania do właściwego Sądu Okręgowego, który rozstrzyga prawomocnie przy odpowiedniem zastosowaniu przepisów, dotyczących odwołań od wyroków Sądów Powiatowych (Pokoju). Sąd Okręgowy nie może jednak uchylić orzeczenia z przekazaniem sprawy do ponownego rozpatrzenia przez władzę administracyjną.

Na obszarze Województw Poznańskiego, Pomorskiego i Górnośląskiej części Województwa Śląskiego stosuje się przepisy o wydawaniu policyjnych mandatów karnych.

Art. 17.

Jeżeli gmina miejska lub wiejska albo powiatowy związek komunalny pomimo wezwania przez władzę nadzorczą nie wstawia do budżetu lub nie uchwala poza nim wydatku, który obowiązana jest pokryć w myśl niniejszego rozporządzenia, czyni to władza nadzorcza.

Jeżeli gmina miejska lub wiejska albo powiatowy związek komunalny pomimo wezwania nie wykonywa swych obowiązków, wynikających z niniejszego rozporządzenia, w granicach swego budżetu, lub wykonywa je nienależycie, władza nadzorcza czyni to na ich koszt, przyczem ma prawo wydania przepisów co do źródeł pokrycia odnośnych wydatków.

Art. 13.

Wykonanie tego rozporządzenia powierza się Ministrowi Spraw Wewnętrznych.

Art. 19.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia i obowiązuje na całym obszarze Rzeczypospolitej.

Równocześnie tracą moc wszelkie przepisy, sprzeczne z jego postanowieniami.

---

## PORADNIK JĘZYKOWY.

Dr. med. M. ZWEIGBAUM, bibljot. Tow. Lek. Warsz. Warszawa.

### Nieco o błędach językowych w pismach i dziełach lekarskich.

(Przedruk z Nowin spoleczno-lekarskich, rocznik I, z. 16, str. 447).

*Ten ostatni, ostatni..*

Pisarze lekarscy posługują się często wyrażeniem t e n o s t a t n i lub o s t a t n i celem zastąpienia tem wyrażeniem w zdaniu następnem rzeczownika, wymienionego na końcu zdania poprzedniego. W mowie potocznej nigdy się wyrażenia tego nie usłyszy. W druku ma to rzekomo służyć ku ozdobie stylu, w rzeczywistości jest naśladowaniem niemieczczyzny, które przyjęło się w Polsce, ku wielkiej szkodzie naszego języka.

Niemiec powie: „Mann kann kozentrische und exzentrische Atrophie des Uterus unterscheiden, b e i d e r l e t z t e r e n ist die Höhe des Organs nicht verjüngt...“, co dosłownie da się przetłómaczyć w ten sposób: Można odróżniać zanik macicy dośrodkowy i odśrodkowy, w t y m o s t a t n i m jama organu nie jest zwężona. W tłómaczeniu poprawnem zdanie to brzmieć powinno: Można odróżniać zanik macicy dośrodkowy i odśrodkowy; w zaniku odśrodkowym jama macicy nie jest zwężona...

Wyrażenia t e n o s t a t n i, o s t a t n i są naleciałościami, zupełnie w naszym języku zbytecznemi, albowiem w języku polskim — jakto widzimy na przytoczonych wyżej tłómaczeniach poprawnych — nie razi zupełnie, jeśli się w drugiem zdaniu powtarza raz jeszcze wyraz ostatni zdania pierwszego z dodatkiem niekiedy zaimka wskazującego: ten, ta, to. Przez powtórzenie takie akcentujemy nawet ważność samego przedmiotu. Jeśli się zaś nie chce powtarzać raz jeszcze wyrazu ze zdania pierwszego, to można je nieraz zastąpić zaimkiem wskazującym: on, ona, ono, jego, jej, jemu, jej, i t. d.

Nadmienić jednak należy, że w r a z a c h w y j ą t k o w y c h można powtarzający się wyraz zdania pierwszego zastąpić w drugiem zdaniu wyrażeniem o s t a t n i, ale w żadnym razie nie można posługiwać się wyrażeniem: t e n o s t a t n i.

W pismach i dziełach lekarskich błędne posługiwanie się wyrażeniem: t e n o s t a t n i powtarza się bardzo często, odejmując językowi naszemu jedną z cech jego oryginalności, np.:

„Bez wiary niezłomnej chorego w wiedzę i dyskrecję lekarza, *tego ostatniego* zaś w zwierzenia chorego, wykonywanie zawodu lekarskiego staje się nietylko uciążliwem (!), ale i niemożliwem (!)“ zamiast: Bez... wiary niezłomnej chorego w wiedzę i dyskrecję lekarza, lekarza zaś w zwierzenia chorego, wykonywanie zawodu lekarskiego staje się nie tylko uciążliwe, ale i niemożliwe).

„W grę wchodzą też czynniki uodparniające (!), zwłaszcza wkrótce po napuszczeniu gazu w opłucną, gdy wskutek ucisku na gruźlicze ogniska (!) treść (!) *tych ostatnich* w krew i limfę się dostaje“ (zamiast: W grę wchodzą też czynniki uodparniające, zwłaszcza wkrótce po napuszczeniu gazu w opłucną, gdy wskutek ucisku na ogniska gruźlicze, zawartość tych ognisk dostaje się do krwi i limfy).

„Ze względu jednak na znaczne przeciążenie drugiej strony (drugiego płuca), *ta ostatnia* musi być bezwarunkowo zdrową (!)“ (zamiast: Ze względu na znaczne przeciążenie drugiej strony drugie płuco musi być bezwarunkowo zdrowe).

„Zewnątrzotrzewnowa plastyka klatki piersiowej zastępuje nam o wiele łatwiejszy zabieg, mianowicie odmę sztuczną w tych razach, gdzie (!) zrosty opłucnowe wykonanie *tej ostatniej* uniemożliwiają“ (zamiast: Plastyka zewnątrzotrzewna klatki piersiowej zastępuje nam o wiele łatwiejszy zabieg, mianowicie odmę sztuczną w tych razach, kiedy zrosty opłucne uniemożliwiają wykonanie tego zabiegu).

„Należy wpłynąć na Zarząd Kas, aby *te ostatnie* popierały i ułatwiały prace lekarzy" (zamiast: Należy wpłynąć na Zarząd Kas aby popierały i ułatwiały prace lekarzy).

„Każda metoda posiada oprócz dodatnich i pewne ujemne strony, i *te ostatnie* należy poznać, bo tylko wówczas (!) możemy ich uniknąć" (zamiast: Każda metoda posiada oprócz stron dodatnich i pewne strony ujemne i te właśnie należy poznać, bo tylko wtedy możemy ich uniknąć).

„Zmiany w kiszce grubej, napozór podobne do czerwonkowych różnią się jednak od *tych ostatnich* zarówno swem umiejscowieniem, jak i pewnemi odmiennemi szczegółami w obrazie mikroskopowym" (zamiast: Zmiany w kiszce grubej, napozór podobne do czerwonkowych, różnią się jednak od nich zarówno swem umiejscowieniem, jak i pewnemi szczegółami odmiennemi w obrazie mikroskopowym).

„Inni (badacze) znowu obok roli mechanicznej uznają zadanie odżywcze płynu mózgordzeniowego oraz pośredniczenie jego w przemianie materji. *To ostatnie* przypuszczenie zyskuje coraz większe prawo obywatelstwa" (zamiast: Przypuszczenie pośredniczenia płynu mózgowordzeniowego w przemianie materji zyskuje coraz większe prawo obywatelstwa).

„Chorzy instyktownie pragną uciec od swych zajęć i trosk... zwłaszcza bogatsi — chętnie wyjeżdżają nawet zagranicę. *Ten ostatni* objaw, nad którym się tak u nas przed wojną biadało, nie jest bynajmniej właściwością Polaków" (zamiast: ...Ostatni objaw, nad którym się tak u nas przed wojną biadało).

*O błędnem posługiwaniu się przysłówkami „wówczas i „wtedy"*.

Tak jak przysłówki niegdyś, wonczas dotyczą stale czasów ubiegłych, tak samo przysłówek wówczas może tyczyć się jedynie przeszłości. Do określenia zaś teraźniejszości i przyszłości mamy odpowiedniki jedynie w przysłówkach: kiedyś, wtedy, natenczas, wtenczas. Posługiwanie się przysłówkami wówczas i wtedy w znaczeniu odwrotnem jest błędem stylistycznym, jako sprzeczne z duchem mowy polskiej.

W pismach i dziełach lekarskich znaleść można wiele usterek tego rodzaju, n. p.:

„Pierwsze żebro musi zostać również chociażby tylko przecięte, dopiero *wówczas* bowiem zapadnie się dostatecznie misterne rusztowanie klatki piersiowej" (zamiast: Pierwsze żebro musi również zostać chociażby przecięte, dopiero bowiem wtedy zapadnie się i t. d.).

„Jeśli mocz jest mętny, *wówczas* próby na białko wykonywać należy po uprzedniem sklarowaniu moczu" (zamiast: Jeśli mocz jest mętny, wtedy próby na białko wykonywać należy itd.).

„Jeśli chcemy n. p. poruszyć nogą *wówczas* całe ciało musi się do tego odpowiednio ustawić czy ułożyć" (zamiast: Jeśli chcemy np. poruszyć nogą, wtedy całe ciało musi się... ustawić...).

„O ile nerwowiec przypadkowo trafi nawet do kliniki, *wówczas* stwierdziwszy u niego brak zmian przedmiotowych, staramy się go pozbyć..." (zamiast: O ile nerwowiec przypadkowo trafi nawet do kliniki, wtedy... staramy się go pozbyć...).

„Jeśli (lekarz) udzieli „pociechy", „okaże serce", to *wówczas* chory najczęściej tak rozumuje..." (zamiast: Jeśli udzieli „pociechy", „okaże serce", wtedy chory najczęściej tak rozumuje...).

„Ale *wówczas* nie wolno nam będzie stanąć frontem przeciw społeczeństwu" zamiast: Ale wtedy nie będzie nam wolno stanąć frontem przeciw społeczeństwu).

„Rozwiązanie rzeczywiście lepsze przez cięcie cesarskie pochwowe, ale zrobiłoby się to *wówczas*, gdyby ratunek był wogóle możliwy" (zamiast: ...ale zrobiłoby się to wtedy, gdyby ratunek był wogóle możliwy).

„Tylko *wówczas* sprawa (leczenia jaglicy) może być rozwiązana" (zamiast: Tylko wtedy sprawa może być rozwiązana).

„Dawkowanie jej (atropiny) jest *wówczas* dokładne, działanie - szybkie i pewne" (zamiast: Dawkowanie jej jest wtedy dokładne...)

„Zdaje mi się, że najłatwiej będzie zrozumieć te zawiłe sprawy *wówczas* jeśli upodobnimy pozostawanie przeciwciał do odruchów biochemicznych" (zamiast: Zdaje mi się, że najłatwiej będzie zrozumieć te zawiłe sprawy wtedy, jeśli upodobnimy...).

„Zależnie od tego, czy cewnik dostanie się *wówczas* do zdrowej, czy chorej części nerki, uzyskujemy czysty lub ropny mocz" (zamiast: Zależnie od tego, czy cewnik dostanie się wtedy do części nerki zdrowej, czy też chorej, uzyskujemy mocz czysty lub ropny).

„*Wówczas* walka pomiędzy lekarzami a Kasami... z konieczności straci na znaczeniu" (zamiast: Wtedy walka pomiedzy lekarzami a Kasami... z konieczności straci na znaczeniu).

„Jest to możliwe tylko *wówczas*, jeśli członek... w jakimś stosunku... ponosi koszty leczenia lekarskiego" (zamiast: Jest to możliwe tylko wtedy, jeśli członek... ponosi koszta leczenia lekarskiego).

„Rozpoznanie to jest pewne tylko *wówczas*, gdy stawiane jest na podstawie większej liczby badanych cech charakterystycznych, typowych" (zamiast: Rozpoznanie to jest pewne tylko wtedy, gdy stawiane jest...).

„Wrzody znajdują się głównie *wówczas*, gdy truciznę zużyto w substancji" (zamiast: Wrzody znajdują się głównie wtenczas, gdy truciznę zużyto w substancji).

„Wodonercze przechodzi *wówczas* w roponercze" (zamiast: Wodonercze przechodzi wtedy w roponercze).

„Jeżeli pocisk trafia w kość czaszki nie prostopadle lecz skośnie, *wówczas* kształt przestrzału jej przedstawia się jako stożek skośny" (zamiast: ...wtedy kształt przestrzału jej przedstawia się jako stożek skośny).

„Serce przerosłe posiada zbyt małą energję zapasową, aby sprostać nadmiernej pracy przy (!) wysiłkach fizycznych i ulega *wówczas* bardzo łatwo porażeniu" (zamiast: Serce przerosłe posiada zbyt małą energję zapasową, aby sprostać nadmiernej pracy podczas wysiłków fizycznych i ulega wtedy bardzo łatwo porażeniu).

„Jeżeli skóra na głowie dziecka łuszczy się obficie... *wówczas* należy główkę natłuścić..." (zamiast: ...wtedy należy główkę natłuścić).

„Jeśli obraz chorobowy tych dwóch różnych... cierpień jest dobrze rozwinięty, *wówczas* rozgraniczenie ich nie sprawia większej trudności" (zamiast: Jeżeli obraz chorobowy tych dwu różnych... cierpień jest dobrze rozwinięty, wtedy rozpoznanie ich nie sprawia większej trudności).

„Mamy *wówczas* przed sobą dziecko zatrute jadem" (zamiast: Mamy wtedy przed sobą dziecko zatrute jadem).

„Gdy prątki gruźlicze są bardzo liczne i żywotne, *wówczas* przechodzą one (!) z gruczołów na płuca" (zamiast: Gdy prątki gruźlicze są bardzo liczne i żywotne, wtedy przechodzą z gruczołów na płuca).

---

## OCENY.

Dr. Erwin Liek: *Der Arzt und seine Sendung*. Wyd. V. 1927, str. 182.

Książka Lieka w ciągu niespełna dwóch lat ukazała się w pięciu wydaniach, co świadczy, o jej wprost wyjątkowem powodzeniu. Autor, przedstawiając w swej książce zawód lekarza i jego posłannictwo, omawia kolejno: swoje studja lekarskie, pierwsze wątpliwości, początki praktyki, lata asystenckie, mówi dalej wogóle o lekarzu i chorym, o lekarzach i eugenice, o lekarzu, technice i nauce, o partaczach i znachorach itd.

Autor jest lekarzem-praktykiem w Gdańsku od lat około 20, zajmuje się przeważnie chirurgją i posiada nawet własną prywatną klinikę chirurgiczną. Uczył się medycyny na uniwersytetach niemieckich, mając nauczycieli raz lepszych, raz gorszych, był u wybitnego profesora chirurgji 4 lata asystentem, z czego $3^{1}/_{2}$ roku pierwszym asystentem i zastępcą szefa; dłuższy czas pracował na ginekologji i wielokrotnie wyjeżdżał na wieś do różnych miejscowości na zastępstwa; był zagranicą; jest autorem kilkunastu prac naukowych, przeważnie z zakresu chirurgji. Wszystkie te szczegóły należy przytoczyć, żeby uznać, iż autor jest lekarzem niewątpliwie kompetentnym, znającym praktykę lekarską na wylot, orjentującym się bardzo dobrze w całej medycynie, a najlepiej w chirurgji (np. sam wykonał z górą 1400 operacyj z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego). Lekarzem kasowym był tylko krótki czas, ale wyrzekł się i odrzekł się tego zajęcia raz na zawsze.

Tak przygotowany autor wypowiada swoje poglądy na zawód lekarski i posłannictwo lekarza w sposób śmiały, niezależny. Chce mówić tylko prawdę, bez ogródek i bez oglądania się, czy swemi słowy kogo dotknie. Zresztą, nazwisk prawie nie wymienia. Wywody autora, jakkolwiek trafiły odrazu do przekonania wielu lekarzom-praktykom, jednakże stały się równocześnie kamieniem obrazy dla wielu poważnych niemieckich szkół lekarskich. Tacy koryfeusze niemieccy medycyny, jak Schwalbe, wychowawca już paru pokoleń, potępili bezwzględnie poglądy autora, a Schwalbe postawił Lieka w jednym rzędzie z — Herostratem, który, żeby się wsławić czynem efektownym, spalił, jak wiadomo, świątynię Diany w Efezie. A jednak setki listów, jakie autor otrzymał, przekonały autora o tem, że jest on tylko wyrazicielem poglądów bardzo rozpowszechnionych.

Uważne przeczytanie całej książki upoważnia mnie do twierdzenia, że wszelkie pomawianie autora o jakiekolwiek inne, niż

czysto ideowe zamiary, jest brzydką złośliwością przeciwników z innego obozu. Prawda, iż zarzut autora, rzucony w twarz chirurgji, że połowa operacyj chirurgicznych, jakie się robi, jest wogóle niepotrzebna (str. 110), jest zarzutem ciężkim. Czy słusznym? Niech się chirurdzy bronią.

Autor zarzuca chirurgji współwinę w tem, że czyni myślenie lekarskie płytkiem, szerząc „gruby mechaniczno-materjalistyczny" sposób pojmowania życia bądź chorego, bądź zdrowego i zupełnie lekceważąc zjawiska psychiczne. To lekceważenie autor uważa za grzech przeciwko właściwemu lecznictwu. Z wprowadzeniem narkozy i aseptyki chirurdzy zaczęli wykonywać bez trudności operacje tam, gdzie ich dotąd nie wykonywano, i tu chirurgja niebawem wkroczyła w dziedziny, które do niej nie należą. Autor pokpiwa sobie z przyszywania ruchomej nerki, z przymocowywania opadającego żołądka, z wielu niepotrzebnych appendectomij. Powiada, że wielokrotnie widział chorych po niepotrzebnej appendectomji, którzy powtarzali mniej więcej te same skargi, co i przed operacją, miewali bóle w okolicy ślepej kiszki i t. d. Zwłaszcza autor jest zdecydowanym przeciwnikiem wkraczania chirurgji w nerwicach (str. 110). Autor pracował za młodych lat w pewnej klinice ginekologicznej, gdzie każdą bez wyjątku kobietę, jaka przychodziła do kliniki, kładło się pod nóż: tu się przyszywało macicę, tam się robiło kolpotomję; zeszywało się każde najmniejsze pęknięcie szyjki; jajniki, które się wydawały autorowi zupełnie zdrowemi, obmacywano, nakłuwano, zmniejszano. Raz autor zapytał starszego asystenta: „Jak właściwie powinna wyglądać kobieta, której się nie operuje"? „Die gibt es hier nicht" — brzmiała odpowiedź.

Autor zarzuca całej współczesnej medycynie, a najwięcej medycynie uniwersyteckiej, że swoją hipernaukowością wykoszlawiła właściwe posłannictwo lekarza. Wśród lekarzy, zajmujących się praktyką lekarską, autor rozróżnia dwa typy. Jeden to prawdziwy lekarz (Arzt), mający na celu jedynie dobro chorego, pragnący go uleczyć albo przynajmniej mu pomóc. Drugi to tylko „Mediziner", nie rozumiejący wcale posłannictwa lekarza, patrzący na wszystko zimno i ściśle ze stanowiska nauki. Ten drugi typ, bardzo pospolity wśród profesorów uniwersytetu (dawniejszego typu ze szkoły materjalistycznej), zupełnie zapomina, że prócz leczenia materjalnego istnieje także leczenie psychiczne, nieraz potężniejsze, niż wszystkie zabiegi materjalne. Autor sądzi, że w wielu razach zupełnie wszystko jedno, czy lekarz przypisuje lekarstwo, czy elektryzuje, czy stosuje psychoanalizę Freuda, czy też operuje (str. 48). Jeżeli chory jest pod należytym wpływem lekarza, to każda z tych metod może jednakowo pomóc choremu. Jeżeli lekarz przystępuje do chorego z całą potęgą swej woli i chce chorego uleczyć, a chory tę chęć odczuje, to sprawa wiedzy lekarskiej jest nieraz już sprawą drugorzędną (str. 50). W ten sposób tłumaczy się też powodzenie znachorów.

Z najżywszem oburzeniem autor pisze o „adaptowaniu" badań do potrzeb badającego i podnosi, że połowa dzisiejszych prac drukowanych nie powinna wogóle z pod prasy wychodzić. Takie badania i taka nauka otumaniają tylko, bałamucą i deprawują prawdziwego lekarza.

Autor jest zdecydowanym przeciwnikiem wszelkich ubezpieczeń społecznych i poddaje druzgocącej krytyce różne tak rozpowszechnione dzisiaj organizacje, jak kasy chorych i towarzystwa ubezpieczeń, twierdząc, że one więcej przynoszą szkody, niż korzyści.

Wogóle książka Lieka jest mocna w tem, czemu zaprzecza i co zwalcza. Daleko jest słabsza natomiast w swoim pozytywnym programie. Autor sądzi, że wychowywanie młodych pokoleń należy oddawać w ręce prawdziwym lekarzom, a nie tym, w których nadmiar wiedzy i hipernaukowość zagłuszyły głos sumienia lekarskiego. Przy obsadzaniu katedr należy się pytać o coś więcej, niż o prace naukowe.

Autor jest przeciwnikiem zwalczania partactwa drogą administracyjną czy sądową twierdząc że na tej drodze osiąga się nieraz cel wręcz odwrotny, niż było zamierzone, gdyż n. p. rozprawa sądowa to jest najlepsza reklama dla znachora. Zmieńmy siebie i nasz sposób postępowania z chorymi, a wtedy partacze nie będą mieli powodzenia.

Pomimo pewnej przesady, jaką się wyczuwa w wielu poglądach Lieka, przyznać trzeba, że myśli przewodnie książki są piękne, cel szlachetny, treść zajmująca. Jest to najlepszy, jaki się w ostatnich czasach ukazał, wgląd w sumienie medycyny.

*Władysław Szumowski.*

*Pamiętnik I. Zjazdu lekarskiego w Krynicy w dniach 14 i 15 października 1926 r.* Nakładem Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy a staraniem Dra Wąsowicza, prezesa stowarzyszenia ukazał się pamiętnik I. Zjazdu lekarskiego w Krynicy zawierający na 78 stronach druku referaty, dyskusję i przebieg obrad.

Wykłady Prof. Dr. Witolda Orłowskiego o ogólnych zasadach postępowania leczniczego w przewlekłych chorobach serca, Prof. Dr. Frankego o leczeniu tychże stanów chorobowych, Doc. Dr. A. Sabatowskiego o fizjoterapji przewlekłych schorzeń narządu krążenia i Dr. Z. Wąsowicza o leczeniu tychże chorób w Krynicy — podane są *in extenso* drukiem.

Bardzo staranna szata zewnętrzna i zapoczątkowanie umieszczania naukowych poglądów na leczenie zdrojowiskowe zapewni Pamiętnikom Zjazdów lekarskich w Krynicy wpływ na opinję ogółu lekarzy. W roku bieżącym odbył się bowiem II. Zjazd poświęcony przeważnie zagadnieniom leczenia chorób kobiecych, a sześć wygłoszonych wykładów ukaże się niebawem w Pamiętniku II. Zjazdu. W r. 1928 proponowany jest III. Zjazd lekarski w sezonie zimowym z cyklem 10—15 wykładów informujących i dokształcających dla lekarzy zwłaszcza z zakresu geologji, klimatologji i chemii zdrojowiskowej, a także z dziedziny chorób wewnetrznych i kobiecych.

*F. K.*

*Warszawski Kalendarz Lekarski na r. 1928.* Nowy rocznik tego pożytecznego wydawnictwa składa się z 3 oddzielnych części, osobno dla siebie zbroszurowanych. Część I obejmuje opracowaną przez Kpt. Dr. St. Konopkę w wyczerpujący sposób zestawioną polską bibljografję lekarską 2340 prac ogłoszonych drukiem w czasie od 1 lipca 1926 do 30 czerwca 1927. Na II część wydawnictwa składa się pokaźny zbiór krótkich monografij wybitnych lekarzy, który może stanowić dla lekarza praktycznego bardzo pożyteczny podręcznik do zorjentowania się w najważniejszych kwestjach związanych z wykonywaniem praktyki lekarskiej. Część III wreszcie obejmuje bardzo obficie i wyczerpująco zestawiony dział informacyjny, w sprawach zawodowych lekarskich.

*K. K.*

---

## BIBLJOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### A) Piśmiennictwo polskie.

*Medycyna,* rok II, Nr. 1 z 7 stycznia 1928: K. Ionscher: Odżywianie niemowląt zdrowych i chorych. — P. Łabendziński: Rzut oka na obecny stan nauki o cukrzycy i jej leczeniu. — H. Gromadzki: O leczeniu operacyjnem niepłodności kobiecej. W. Melanowski: Etjologja i metodyka badania zaćmy. — W. Babecki: Mleko jako zagadnienie zdrowia publicznego. — W. Osmólski: Lekarz i wychowanie fizyczne.— L. Zembrzuski: Władysław Matlakowski jako student medycyny (1870—1875) R. Wierzbicki: VI Międzynarodowy Kongres historji medycyny w Holandji.

*Wiadomości farmaceutyczne,* rok LV, Nr. 4, z 22 stycznia 1928: O. Achmałowicz: O olejkach terpentynowych (dok.). — Nowa farmakopea rumuńska. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

*Wiedza lekarska,* rok II, zeszyt 1 za styczeń 1928 r.

*Pedjatrja Polska,* tom VII, zeszyt 6, za listopad i grudzień 1927 r., jako pamiętnik III Zjazdu pedjatrów polskich w Wilnie (26 do 29 VI. 1927), opracowany przez prof. Dr. W. Jasińskiego.

*Nowiny lekarskie,* rocznik XL, zeszyt 2, z 15 stycznia 1928: K. Szczęsny: Zwiastunowa wysypka odrowa w zachorzeniu płoniczem. — I. Zeyland i W. Dega: Schorzenie włókniste kości z komórkami tłuszczowatemi. — W. Moczarski i S. Łobacz: Szmer naczyniowy na klatce piersiowej. Aneurysma arteriovenosum arteriae et venae subclaviae, oraz przebieg ostrego gośćca stawowego u tejże chorej. — A. Kozierackі: Pamiętnik prowincjonalnego lekarza (wydał A. Wrzosek).

*Nowiny społeczno-lekarskie,* rocznik II, zeszyt 1, z 1 stycznia 1928 r.: Na nowy rok. — J. Celarek i A. Szniolis: Praca w Jugosławji nad uzdrowotnieniem wsi. — M. Zwejgbaum: Nieco o błędach językowych w pismach i dziełach lekarskich. — B. Koszutski: Jak się „mianuje" lekarza naczelnego w szpitalu samorządowym.

*Dziecko i matka,* rok III, Nr. 2 z r. 1928: W. Borudzka: Nauczmy dzieci kochać zimę. — L. Krzemieniecka-Wolicowa: Prawo własności dziecka; Jeszcze o wyobraźni u dzieci. G. Kozakowska: Książki dla dzieci. — F. Ks. Cieszyński: Sporty zimowe. — F. Łuniewska: Migdały jako wrota zakażenia.

*Higjena życia codziennego,* rok II, Nr. 11 i 12, za listopad i grudzień 1927: Rozmaite praktyczne wskazówki z dziedziny higjeny życia codziennego.

*Warszawskie czasopismo lekarskie,* rok V, Nr. 1, z 15 stycznia 1928: E. Herman: Zagadnienie snu w świetle fizjologji i patologji. — H. Strauss: Spostrzeżenia kliniczne nad rozszerzeniem przełyku na tle kurczu wpustu. — L. Baranowski: Dwa przypadki gruźliczego zakażenia noworodków podczas obrzezania. — I. Typograf: O hormonie jajnikowym (str. zbiór.). — S. Cytronberg: O wynikach leczenia przewlekłego wrzodu trawiennego przy pomocy metody złożonej z naświetlań promieniami Roentgena, płukań żołądka, alkalizacji, atropinizacji i t. d. — H. Higier: Lekarz, a lecznictwo. — S. Sterling: Uwagi w sprawie skoordynowania działalności przychodni przeciwgruźliczych.

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Wiener Archiv für Innere Medizin

T. XIII. Z. 2.

Hajos: *O roli konstytucjonalnych i przypadkowych czynników w patogenezie dychawicy oskrzelowej.* Do powstawania dychawicy oskrzelowej nie usposabia *typus digestivus,* raczej skłonny jest typ asteniczny. Nie ma związku między asteniczną i prawidłową budową ciała a konstytucjonalnie zwiększoną eozynofilją: również więc jak budowa klatki piersiowej i ciała, także i liczba kwasochłonnych jako częściowe zjawisko całkowitego obrazu krwi, nie usposabiają same przez się do powstawania dychawicy. Gruźlica płuc jako choroba poprzedzająca lub następowa nie zajmuje w patogenezie dychawicy specjalnego stanowiska. Spostrzeżenia zebrane na 164 przypadkach.

Selig: *O działaniu kąpieli z kwasem węglowym.* W sporze między zwolennikami zapatrywania o działaniu kąpieli z kwasem węglowym jako czynnika, który wzmagając pracę serca działa w znaczeniu ćwiczenia mięśnia sercowego, a tymi, którzy pojmują je jako jego oszczędzanie, staje Selig po stronie tych ostatnich.

Kretz: *Dwa przypadki zakrzepu żyły śledzionowej.* Opis dwóch przypadków stwierdzonych przez próbne otwarcie jamy brzusznej, z podaniem etjologji, symptomatologji i przebiegu tego schorzenia.

Rechnitzer: *Przyczynek do zagadnienia tachykardji przedsionkowej.* Elektrokardjograficzna analiza przypadku zwężenia zastawki dwudzielnej, w którym występowały dwojakiego rodzaju napady tachykardji przedsionkowej, rozróżniane i odczuwane przez chorego, dające się również wyodrębnić klinicznie.

Kretz: *O wpływie konstytucji na przebieg gośćcowych schorzeń serca.* Wpływ decydujący na przebieg schorzeń sercowych u chorych z gośćcem stawowym ma konstytucja i obciążenie dziedzicznie w tym znaczeniu, że określonym typom konstytucjonalnym odpowiada pewien określony rodzaj niedomogi serca. I tak, u osobników należących do typu astenicznego Stillera, wzgl. schizoidalnego astenicznego lub atletycznego Kretschmera — i u kobiet interseksualnego Mathesa — obraz niedomogi sercowej charakteryzuje się przez wczesną sinicę, zastój żylny i uporczywe zastoje w żyłach płucnych i wątrobowych, skłonność do wytwarzania zakrzepów i następowych zatorów i do obrażeń; brak obrzęków i puchlin.

U osobników grupy drugiej o typie artrytycznym, wzgl. pyknicznym Kretschmera lub młodocianym Mathesa, przeważają wczesne obrzęki, skłonność do tworzenia przesięków w zakresie krążenia dużego i małego. Zatory i krwawienia występują tu rzadko. Istnieją oczywiście przejścia między obu grupami.

Dimmel: *Obraz krwi w ziarniaku złośliwym.* Spostrzeżenia z przypadków typowych i cytowanych dwóch nietypowych — jednego o postaci durowej, drugiego intestinalnego, rozpoznanych za życia. Obraz krwi odpowiada przewlocznemu zakażeniu, cechującemu się nietypowym przebiegiem krzywej limfocytów, wskazującym na schorzenie systemowe. Uwzględnienie tej nietypowości (objawów porażenia i podrażnienia naprzemian) przy dokładnem spostrzeganiu, pozwala na ustalenie rozpoznania. Tak zwany typowy obraz z eozynofilja, limfopenją i leukocytozą występuje raczej przy formach lżejszych i nie jest typowy dla ziarniaka.

Loewy-Lentz: *Klinika i patogeneza raka oskrzeli.* Szczegółowy rozbiór zapatrywań na rolę czynników wewnętrznych i zewnętrznych w powstawaniu raka oskrzela, dalej jego podziałów, poszczególnych objawów klinicznych, z podkreśleniem trudności rozpoznawczych względem podobnych zespołów objawów spowodowanych innemi przyczynami, jak gruźlica, kiła i przewlekłe zapalenie płuc. Autor stojąc na stanowisku dyspozycji konstytucjonalnej, podkreśla decydującą rolę czynników warunkowych (kondycjonalnych) przy powstawaniu pewnych postaci raka w szczególności a może w powstawaniu raka wogóle.

Hammerschlag: *O dyspozycji konstytucjonalnej do ostrego gośćca stawowego.* Ostry gościec stawowy jest schorzeniem uwarunkowanem przez czynnik zewnętrzny — zakażenie i wewnętrzny — dyspozycję chorego. Dyspozycja ta cechuje się określonemi cechami (stigmata), w pierwszym rzędzie oznakami cechy astenicznej, hypoplastycznej lub limfatycznej, pozatem także ogólnemi cechami zwyrodnienia i nieprawidłowościami konstytucjanalnemi, wreszcie niedostatecznego zróżnicowania płciowego, — które to cechy oznaczają mniejszą wartościowość konstytucjonalną. Wyraźny wpływ dziedziczności dyspozycji, przenoszącej się zwłaszcza przez matkę na potomstwo męskie, podkreśla ważność czynnika endogennego; mniej wybitną zdaje się być dyspozycja rasowa. Mimo że nie można wykazać ścisłego związku między pewnemi cechami konstytucjonalnemi a określonym przebiegiem choroby, nie ulega wątpliwości, że istnienie liczniejszych cech zwyrodnienia, jak i częste występowanie schorzenia w jednej rodzinie, są niepomyślnym momentem dla rokowania o trwaniu i ciężkości choroby.

Dimmel: *Przypadek niedomogi wielogruczołowej.* Opis przypadku z dominującym obrazem wypadnięcia czynności przysadki i następowym zanikiem czynności innych gruczołów wkrewnych.

Herzog: *Przyczynek do znajomości rozedmy podskórnej.* Znacznego stopnia rozedma podskórna z punktem wyjścia z śródpiersia. Opis mechanizmu powstawania, obrazu i leczenia.

Ceranke: *O wynikach leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy ciałami drażniącemi.* Zestawienie wyników leczenia 49 przypadków, przeważnie wrzodów dwunastnicy. W znacznej większości poprawa stanu podmiotowego, aż do zniknięcia wszelkich dolegliwości, trwająca do roku u przypadków kontrolowanych. Przedmiotowo zwiększenie pobudliwości serca z tętnem 60—120, często przejście początkowej bradykardji w normokardję. Mało oddziaływali na leczenie chorzy, u których po zastrzykach występowały większe zwyżki ciepłoty. Stale występowały objawy ogniskowe prócz ogólnych, jako faza ujemna przed dodatnią fazą poprawy podmiotowej. Zachowanie się kwasoty treści żołądkowej było zupełnie rozmaite; niezależnie od braku dolegliwości spostrzegano zmniejszanie, jak i znaczne zwiększanie się stopnia kwasowości. Kontrolne prześwietlanie żołądka wzgl. dwunastnicy w znacznej większości przypadków stwierdzało nie zmieniony stan ubytków ani napięcia mięśniowego i peristaltyki. Ponieważ miarodajną dla powstawania bólów u chorych z wrzodem żołądka lub dwunastnicy nie może być nadkwaśność, ani stan mięśniowy ściany żołądka ani nawet tworzenie się blizn, mało prawdopodobnym również wydaje się też zapalny naciek otoczenia wrzodu i okolicznych gruczołów, należałoby może w tworzeniu się wrzodu żołądka większą rolę przypisać skurczom naczyniowym na tle nieprawidłowego stanu zadrażnienia odpowiednich nerwów.

Halir: *Przyczynek do kazuistyki erytrocytoz.* W 2 pracach (druga wspólnie z dr. Mahlerem) przedstawiony jest przebieg schorzenia z liczbą ciałek czerwonych od 7 do 19 miljonów, nie dającego się ściśle wtłoczyć w ramy polyglobulji objawowej ani choroby Vaquez-Oslera. Ściśle przeprowadzane oznaczania ilości krwi, objętości ciałek czerwonych, ilościowego zachowania się urobiliny w stolcu i moczu i t. d., wśród leczenia naświetlaniami prom. Roentgena i podawania fenylhydrazyny, wykazały prawdopodobieństwo niewielkiego zwiększenia czynności szpiku kostnego, związanego zapewne z uszkodzeniem miąższu śledziony przez liczne zawały, z pewnością zmniejszone niszczenie ciałek czerwonych. W drugim przypadku niewątpliwej polycythaemia vera z achylia gastrica wykryło w treści dwunastnicowej obecność prątka okrężnicy.

Deutsch: *O wartości szmeru odległego (Distanzgeräusch) dla rozpoznawania odmy śródpiersia i osierdzia.* Opis przypadku odmy śródpiersia przedniego i przypuszczalnej osierdzia, objawiającej się podmiotowo poza przejściowem bólem kłującym w przedniej lewej stronie klatki piersiowej słuchowem odczuwaniem „trzaskania" równoległego z biciem serca, słyszalnego i dla otoczenia (budził w nocy żonę). Objawy te ustępowały po 14-dniowem trwaniu, powtarzały się około dwa razy na rok sześciokrotnie. Przyczyną odmy było prawdopodobnie pękanie sklejonych blaszek opłucnej i osierdzia. *S. Mossor* (Lwów).

### Zentralblatt f. Gyn.

Nr. 37. 1927.

H. v. Weis. Tübigen —Klin. gin. uniw. *Użyteczność odczynu Dicków dla rokowania w gorączce połogowej i wpływ ujemny czynników nieswoistych.* Badając zachowanie się odczynu Dicków i tu-

berkulinowego w 100 przyp. u kobiet przed i po porodzie, dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Lekkie wzniesienia ciepłoty w połogu zdarzają się $1\frac{1}{2}$ razy częściej w przypadkach w których Dick w ciąży wypadł dodatnio, aniżeli w przypadkach z odczynem Dicków ujemnym. Przebieg choroby u gorączkujących nie szedł w parze z wynikami odczynów Dicków. Wniosków więc co do rokowania w połogu z odczynu Dicków wyciągnąć nie można.

2) Odczyn Dicków i tuberkulinowy wykonane przed i po porodzie nie potwierdzają zdania o przypuszczalnie zwiększonej wrażliwości skóry w ciąży, gdyż odczyny wykonane po porodzie wykazywały zmienność i ilość przypadków w których odczyn po porodzie wypadł silniej lub słabiej, wzgl. z dodatniego przeszedł w ujemny i odwrotnie jest równa. W 53% odczyn Dicków, w 35% odczyn tuberkulinowy pozostał niezmieniony.

3) Zapatrywanie, że u osób z dodatnią próbą tuberkulinową, wrażliwość skóry na inne podniety (Reizstoffe — w tym wypadku na odczyn Dicków) jest zwiększona, potwierdzają doświadczenia autora. Zakażenie więc gruźlicą może być przyczyną licznych błędów w ocenianiu odczynu Dicków.

F. Matzdorff. Berlin. *Gruźlica i rak macicy.* Autor opisuje preparat operacyjny macicy uzyskany droga operacji wycięcia macicy przez pochwę, w którym obok raka szyjki istniała gruźlica trzonu.

H. Kamniker. Berlin — Klinika uniw. *Zgorzel gazowa macicy.* Autor opisuje przypadek śmiertelny zgorzeli gazowej macicy wywołanej przez prątek zgorzeli gazowej Fraenkla. Przypadek dotyczył osoby 21-letniej, pierw. w VIII miesiącu, przy końcu I okresu porodowego. Dziecko nieżywe. W okolicy lewega biodra, lewej połowy brzucha i piersi obrzęk skóry trzeszczący pod uciskiem. Rodzącą rozwiązano za pomocą trepanacji. Po wydobyciu płodu z macicy wydobywał się obficie gaz. Z okazji ręcznego wydobycia łożyska stwierdzono na tylnej ścianie szyi 5 cm długą ranę drążącą w głąb przymacicza i dowolnej jamy brzusznej. Stan chorej ciężki, septyczny. Wycięcie całkowite macicy przez pochwe. W 6 godzin po operacji zejście śmiertelne. Sekcja zwłok wykazała ogólne zakażenie prątkami Phlegmony gazowej. We wszystkich narządach stwierdzalne jamki wypełnione gazem. Badanie bakterjologiczne wykazało obecność prątków Fraenkla. Ten sam obraz sekcyjny stwierdzono u dziecka.

W. Lüttge. Lipsk — Klin. uniw. *Przyczynek do historji kleszczy Kiellanda.* Z podręcznika operacji położniczych Kiliana z r. 1849, wynika, że Bökelman już w połowie XVII wieku zakładał przednią łyżkę kleszczy w taki sposób jak to czyni Kielland. Zasługą więc Kiellanda jest, że tą starą metodę opracował i do celów klinicznych zastosował.

W. Braun. Berlin. *Nowy środek przeciwklimakteryczny Prokliman „Ciba“.* Nowy środek fabryki Ciba; Prokliman zawierający: preparat jajnika, peristaltinę, nitroglicerynę, amidopirinę i coffeinę, okazał się w doświadczeniach autora dobrym w leczeniu zaburzeń okresu przejściowego.

W. Schmidt (Lipsk — Klinika gin. uniw.): *Doświadczenia ze znieczuleniem nerwu sromowego (n. pudendus) w położnictwie.* Autor wykonał w 100 przyp. znieczulenie n. sromowego sposobem Ilmer-Sellheima. Do znieczulenia używał około 40 $cm^3$ 1% Novokainy z dodatkiem adrenaliny. W 50 przyp. porodów prawidłowych wykonał znieczulenie z początkiem II okresu. W ten sposób uzyskiwał zupełną bezbolesność części miękkich przy przerzynaniu się główki, a wskutek tego rodzące parły spokojniej i z większym skutkiem. Ewentualne pęknięcie krocza można było zaszyć bez bólu. Znieczulenie wykonane w 30 przyp. większych pęknięć krocza pozwoliło na spokojne i bezbolesne zeszycie. W 20 przyp. operacji kleszczowych znieczulenie zastąpiło w zupełności narkozę. Autor poleca tą metodę znieczulenia zwłaszcza u pierwiastek starszych, a dalej jako sposób zastępujący w zupełności narkozę w operacjach położniczych.

Margarethe Oing (Marburg — Klin. gin.): *Wewnętrzny zwrot nieprawidłowy tułowia w położeniu miednicowem jako powikłanie porodowe.* (Die innere Ueberdrehung des Rumpfes bei Beckenendlagen als Geburtskomplikation). Autorka opisuje przypadek porodu w położeniu miednicowem, w którym podczas porodu grzbiet płodu z położenia II tylnego przeszedł w położenie I przednie, przyczem główka wstawiła się do wchodu miednicy w położeniu II. Znaczne trudności przy wykonywaniu pomocy ręcznej.

*J. Krzyżanowski* (Lwów).

---

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

### Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 4 października 1927 r.
Przewodniczący: Prezes B. Sawicki.

I. Kol. H. Higier przedstawia *Przypadek współistnienia poronnej postaci padaczki z chorobą Gilles de la Tourette'a.* Chora lat 38. Przed 3 laty napół zamroczenie z bełkotaniem, parafazją i przemijającą niemotą, powtarzające się naprzemian z drętwieniem prawej połowy twarzy lub bólem napadowym prawego podżebrza, szarpaniem nogi lub przykurczeniem pr. ręki bez utraty przytomności, raz w towarzystwie zawrotu głowy i wymiotów.

Od $1\frac{1}{2}$ roku mimowolne eksplozywne wymawianie niezrozumiałych dźwięków, jedno lub dwusylabowych wyrazów: byk-byk, bitte-bit; petie; pytie; dżi-dżi; tytyty; skarka-ka, buty-but; dododo.

Czasem dźwięki naśladują gęś, kaczkę, indyka. Raz wyrwało się jej: cholera, cholera, cholera.

Odczuwa chorobę, martwi się nią. Sama pochodzi ze zdrowej rodziny. Organicznych zmian niema. Energiczne i wielorakie leczenie w klinikach nic nie pomaga.

H., powstając przeciw niesłusznie rozpoznanej przez wielu lekarzy i liczne komisje histerji z agrawacją i symulacją, rozpoznaje poronną postać choroby *Gilles de la Tourette'a* u osoby dotkniętej jednocześnie *padaczką.* Prognoza ciężka.

*W dyskusji:* Kol. Kopczyński zauważa, że t. zw. koprolalja istnieje zazwyczaj na tle zwyrodnienia psychicznego, to też dziwnym się wydaje mówcy fakt, iż objaw ten występuje w demonstrowanym przypadku, gdzie przecież zwyrodnienia psychicznego niema.

II. Kol. B. Sawicki przedstawia dwa przypadki *laminektomji z powodu porażenia poprzecznego wywołanego gruźlicą kręgów.* 1) Pacjentka, kobieta l. 46 była operowana przed 23 laty z powodu porażenia, które wystąpiło nagle przed 5 miesiącami; sprawa gruźlicza w kręgach trwała już przeszło rok. Operacja: wycięto łuki VIII, IX i X kręg. grzbietow., poczem usunięto pierścień z blaszki łącznej, otaczającej i zaciskającej rdzeń. Po operacji szybka poprawa; po 10 mies. chora zaczyna chodzić. Dotąd czuje się zupełnie dobrze, może chodzić zarówno po terenie równym, jak i po schodach.

2) Druga pacjentka, obecnie 55 l. kobieta, była operowana przed 3 laty, w 7 mies. od początku choroby, a w 3 mies. od czasu, gdy przestała chodzić. Wycięto łuki IV, V i VI kręgu grzbietowego, poczem usunięto grubą i rozległą warstwę ziarniny, pokrywającej oponę twardą rdzenia. Wyraźna poprawa w ruchach kończyn dolnych zaczęła występować w 3 miesiące po operacji. Obecnie chora chodzi zupełnie dobrze, jednakże dotąd nosi jeszcze gorset z kołnierzem.

III. *Demonstracja nowego aparatu do odmy sztucznej własnego pomysłu.* Kol. Mirabel Józef przedstawia nowy przyrząd do odmy sztucznej własnego pomysłu dogodniejszy od innych i porównuje go z aparatami Drów Martyszewskiego i Jasińskiego.

IV. Kol. B. Sawicki mówił *o leczeniu laminektomją ucisku rdzenia w gruźlicy kręgów* (rzecz ukaże się w druku).

*W dyskusji* głos zabierali kol.: Łapiński W., Drozdowicz, Czarkowski J., Kopczyński St.

Kol. Mostowska przedstawiła obecnym ciekawy preparat laminektomja i szczepienie kości z podudzia pomiędzy 2 wyrostki poprzeczne.

*A. Kaczyński.*

### Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 27 kwietnia 1927 r.
Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 80.

Odczyt Dr. J. Supniewskiego p. t. *„Hormon jajnikowy i wpływ tegoż na przemianę materji“.* — Prelegent omawia obecny stan nauki o hormonie jajnikowym jakoteż przedstawia swe interesujące badania przeprowadzone nad hormonem jajnikowym.

*W dyskusji* zabierają głos: Doc. Zubrzycki, Dr. Supniewski.

### Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XX. Posiedzenie naukowe dnia 18 czerwca 1927 r.
Przewodniczy: kol. Ziembicki. Obecnych 67.

I. Kol. Ratayski przedstawia chorego ze *słoniowatością worka mosznowego* powstałą najprawdopodobniej na tle sprawy zapalnej.

*W dyskusji* kol. Węglowski.

II. Kol. Krygowska przedstawia chorą z okolicy Chełma z *twardzielą* jamy noso-gardlowej, z bardzo znacznym naciekiem wargi górnej. Sprawa trwa wedle zapodania chorej od lat czterech. Obecnie chora jest naświetlana promieniami Roentgen.

Dr. Schütz przedstawia przypadek *centralnego mięsaka kości piętowej*. Wywiady bez znaczenia. Chory od kilku tygodni odczuwał ból przy chodzeniu. Po zgłoszeniu się na klinikę był leczony ambulatoryjnie. Gdy obrzęk przy kostkach wystąpił, zrobiono zdjęcie rentgenowskie, które wykazało centralnie leżące, wielkości jaja gołębiego ognisko o nierównych konturach. Obraz rentgenowski nasunął podejrzenie na nowotwór, wobec tego prof. Schramm wykonał małą ekscyzję, a gdy preparat drobnowidowy wykazał *chondromyxoma sarcomatodes*, ekstyrpację kości piętowej. Preparat drobnowidowy z przekroju wykazał myxosarcoma. Chory opuścił klinikę i zostanie przedstawiony jak się zgłosi.

Rentgenolog napotyka na trudności rozpoznawcze przy ogniskach kostnych leżących centralnie. Mięsak, śluzak, cysta i t. p. dają podobne obrazy. Często rozpoznanie można postawić dopiero po zbadaniu drobnowidowem, choć i to często przy schorzeniach kostnych zawodzi.

Wczesne rozpoznanie jest dla terapji ważne. Niektóre nowotwory kości, lub części miękkich przechodzące na kość lub chrząstkę nie reagują lub bardzo słabo na naświetlania. To też te nowotwory, szczególnie o ile nie jest to połączone z wielkiem zniekształceniem, należy operować i to jaknajwcześniej.

*W dyskusji* kol. Węglowski uważa w danym przypadku metodę Mikulicza za lepszą. Kol. Schramm podnosi rzadkość jaką stanowi przedstawiony przypadek. Bezwzględnie nie może się zgodzić z kol. Węglowskim co do wyboru sposobu operacji. Kol. Grabowski na podstawie preparatu drobnowidowego, nie uważa przedstawionego przypadku za *myxo-sarcoma*, lecz raczej za mięsaka myelogennego. Kol. Schütz powołuje się na rozpoznanie zakładu anat. patolog.

IV. Kol. Rodziński przedstawia dziecko z operowanym *rozszczepem podniebienia*.

*W dyskusji* przemawiali ko. Schramm i Węglowski.

V. Kol. Bocheński wygłasza odczyt p. t.: *Uwagi i spostrzeżenia w sprawie leczenia raka szyi macicy energją promieniotwórczą*. Doświadczenia autora opierają się na materjale Kliniki położniczej lwowskiej w latach 1921—1927. Materjał ten obejmuje blisko 300 chorych a dotyczy w przeważnej części przypadków nienadających się do operacji i zaniedbanych (3-cia i 4-ta grupa), w małej tylko części przypadków grupy I-szej t. j. przypadków nadających się do operacji.

Początkowo stosowano tylko naświetlania promieniami Roentgena, później oprócz tego naświetlania radem. To skombinowane leczenie daje o wiele lepsze wyniki, a stosowano je wedle ścisłej metody, którą z biegiem czasu wystudjowano i opracowano. Leczenie rozpoczyna się naświetlaniami rentgenowskimi. Ogółem otrzymuje chora 2½ dawki rumieniowej na każde z czterech pól w ciągu 16 dni. Po 3 tygodniowej pauzie zakłada się do pochwy rad w ilości 50mg na 24 godzin, poczem następuje pauza 3 tygodniowa, po której zakłada się znów ta samą dawkę również na 24 godzin. Ogółem otrzymuje więc chora rad w ilości 3600 mg godzin. (Bliższe szczegóły techniki naświetlania podaje Dr. F. Meisels w pracy: *„Kliniczne i biologiczne podstawy leczenia raka szyi macicy energją promieniotwórczą"*). (Ginekologja Polska, 1927).

Wyniki, jakie tą metodą naświetlania uzyskano, na ogół są zadowalające i conajmniej dorównują wynikom innych autorów (Döderlein, Wintz, Menge, Forssel i inni). Odsetek wyleczenia w przypadkach grupy I-ej wynosi przeszło 50%, grupy III i IV 16—18%. Mimo stosowania tej samej dawki energji promieniotwórczej i według tej samej metody wyniki przecież były różne i to nieraz rażąco różne. Niejednokrotnie w przypadkach dość korzystnie się przedstawiających wynik był mniej pomyślny, podczas gdy w przypadkach, które na podstawie tak stanu ogólnego jak i miejscowego musiano stanowczo ocenić i określić bardzo niekorzystnie, nadspodziewanie często wynik był pomyślny.

W celu odpowiedzi na postawione sobie pytanie, od czego te różne wyniki zależą, przeprowadzano we wszystkich przypadkach cały szereg systematycznych badań w nadziei, że może w badaniach tych uda się znaleść pewne dane, któreby z jednej strony tłumaczyły te różnice wyników a z drugiej strony umożliwiły może dawkowanie i ewentualnie rokowanie w każdym poszczególnym przypadku.

Dlatego też w każdym przypadku:

1) brano cząstki nowotworu do badania drobnowidowego i to często z kilku miejsc przed rozpoczęciem leczenia, w czasie leczenia i następnie później co pewien czas w czasie kontroli chorych.

2) Przeprowadzano cały szereg prób serologicznych.

3) Badano dokładnie obraz krwi.

4) Badano mocz.

5) Przeprowadzono badanie pęcherza moczowego wziernikiem (wyniki badań drobnowidowych ogłosił Dr. Lenczowski, badań serologicznych Dr. Wiślański, badań pęcherza i moczu Dr. Rychłowski. Ginekologja Polska 1927).

Wszystkie te badania zawiodły i żadne z nich nie pozwala na wyciągnięcie jakichś pewnych wniosków tak co do dawkowania jak i co do rokowania.

Bardzo wielką uwagę zwrócono na ogólny stan chorych i późniejszą ich kontrolę w czasie już po skończonem naświetlaniu. Przekonano się, że jedynie ścisła kontrola umożliwia wczesne spostrzeżenie pewnych zmian następowych i powikłań, których wczesne leczenie pozwala na uniknięcie groźniejszych i poważniejszych następstw. Do powikłań tych zaliczyć należy np. oparzenia, których przy dzisiejszej udoskonalonej technice naświetlań prawie się już nie spostrzega. Częściej natomiast występują w miejscu pierwotnego ogniska rakowego lub na ścianach pochwy owrzodzenia, które w 3 przypadkach autora spowodowały powstanie przetoki pochwowo-odbytnicowej. Przyczyną tych przetok nie był nowotwór, gdyż badania drobnowidowe wykazywały tylko obumarcie tkanki i zupełny brak komórek rakowych a powstanie ich tłumaczy prelegent w myśl zapatrywań Wintza zmianami, jakie powstają w naczynach krwionośnych i chłonnych pod wpływem naświetlań.

W bardzo wielu przypadkach, w których w pewien czas po naświetlaniu wystąpił spadek na wadze i upadek sił nieraz bardzo znaczny, mimo, że dokładne badanie kliniczne mogło wykluczyć tak powstanie nawrotu jak i przerzutów, udało się odpowiedniem leczeniem (zwłaszcza w ostatnich czasach przy pomocy insuliny) doprowadzić do tego, że chore te przybyły na wadze, wracały im siły i poczucie zupełnego zdrowia.

Wbrew zapatrywaniu Regauda i innych, udało się prelegentowi w przypadkach nawrotu przy pomocy ponownych naświetlań uzyskać nieraz poprawę i to nawet trwałą.

W celu dokładnej i ścisłej kontroli chorych leczonych zorganizował prelegent w Klinice lwowskiej stację rakową. Stale raz w tygodniu odbywa się badanie chorych i ich kontrola, w czasie której na podstawie stanu ogólnego i miejscowego i omówienia obrazu histologicznego układa się cały plan leczenia. Przypadków się zupełnie nie dobiera i przyjmuje się do leczenia każdą chorą bez względu na jej stan. Z powodu szczupłości miejsca i skromnego wyposażenia Kliniki nie można akcji tej rozwinąć do rozmiarów takich, jak je prelegent pojmuje i jak być powinno.

Doświadczenia ubiegłych 6-ciu lat, poczynione przy tym sposobie leczenia i kontroli chorych, pozwalają prelegentowi wypowiedzieć się w omawianej sprawie następująco:

1) W leczeniu raka macicy energją promieniotwórczą uwzględnić należy dwa okresy. Okres pierwszy polega na stosowaniu energji samej w tej lub owej postaci według odpowiedniej metody i w odpowiedniej dawce — celem zniszczenia pierwotnego ogniska nowotworowego. Stwierdzić należy, że udaje się to prawie w każdym przypadku.

2) Natomiast właściwe wyleczenie choroby raka nie zawsze jest możliwe. Od czego to zależy, nie możemy dzisiaj odpowiedzieć, ani też w chwili stosowania energji promieniotwórczej nie jesteśmy w stanie przewidzieć.

3) Badania kliniczne i pracowniane nie dają żadnych danych na podstawie których moglibyśmy wpłynąć już w pierwszym okresie leczenia na ostateczny wynik. (Podobne doświadczenie daje nam również i leczenie operacyjne, które nie zawsze sprowadza trwałe wyleczenie, mimo, że w chwili operacji tak stan ogólny jak i miejscowy mogły upoważniać do jak najlepszego rokowania).

4) Różne wyniki po naświetlaniu raka szyi macicy dowodzą niezbicie, że ta sama dawka energji promieniotwórczej, która potrafi zniszczyć i rzeczywiście niszczy komórki nowotworowe w ognisku pierwotnem, nie w każdym przypadku prowadzi do wyleczenia.

5) Wyleczenie choroby raka zależy od wielu czynników, uwarunkowanych zarówno całą biologją chorego ustroju jak i naturą samego nowotworu, na które to czynniki przy obecnym stanie naszej wiedzy o rozwoju i przebiegu choroby raka nie umiemy jeszcze skutecznie wpłynąć. Gdy to nastąpi, sprawa wyleczenia raka postąpi naprzód, podobnie jak i w innych sprawach chorobowych po poznaniu ich etjologji.

6) Przyjmując podział raka szyi macicy na 4 grupy t. j. nadające się do operacji, przejściowe, nienadające się do operacji i zaniedbane, stwierdzić należy, że we wszystkich przypadkach bez względu na grupę, do której dany przypadek należał, pierwotny wynik naświetlań zawsze był zadowalający. W przypadkach grupy pierwszej i drugiej zawsze prawie znikało ognisko rakowe, tak, że z niego ani śladu nie można było wykazać. Nie można tego powie-

dzieć o przypadkach grupy trzeciej a zwłaszcza czwartej, w których to przypadkach atoli zawsze można było stwierdzić oczyszczenie się krateru względnie zniknięcie guza rakowego, ustawało krwawienie i odchody cuchnące, znikały bole a ogólny stan chorych widocznie się poprawiał. Atoli nawet w przypadkach grupy czwartej można było zanotować niektóre przypadki jako wyleczone.

7) Ostateczny wynik leczenia energją promieniotwórczą zależy w dużej mierze od następowej kontroli chorych. Kontrola ta winna być bardzo ścisła i stała, i uwzględniać ogólny stan ustroju. W organizacji walki z rakiem czynnik ten ma bardzo wielkie znaczene i winien być należycie uwzględniony.

(Autoreferat. W oryginale ukaże się praca ta w *„Ginekologji Polskiej")*.

*W dyskusji:* kol. Grek podnosi, iż niestety podobnych wyników nie udało się uzyskać dotąd w medycynie wewnętrznej. Najlepsze jeszcze wyniki osiągano przy nowotworach wychodzących z jamy noso-gardłowej, lecz przeważnie tylko przejściowo. Glukoza polecana tak gorąco przez Mayera nie daje lepszych wyników. Podobnie ma się sprawa z Anabolem. Kol. Serbeński zapytuje o sposób filtrowania promieni radu. Kol. Meisels uważa, iż nie można mówić ogólnie o braku wyników przy naświetlaniu w nowotworach przewodu pokarmowego, szczególnie raku. Mówca widział poprawę po naświetleniu raka żołądka i kiszki. Kol. Bocheński podkreśla, iż jakość wyników w leczeniu energją promieniotwórczą zależy od należytej techniki. Aparat nie robi dobrego rentgenologa. Sprawa filtracji i techniki naświetlania będzie omawiana na następnem posiedzeniu.

XXI. Posiedzenie naukowe z dnia 24 czerwca 1927 r.

Przewodniczy: Kol. Ziembicki.

Obecnych: 63.

1) Kol. Szumowski Kazimierz przedstawia z kliniki Otolaryngologicznej *„Rzadki przypadek ciała obcego w przewodzie usznym zewnętrznym"* z pokazem chorego zdjęciami roentgenowskiemi i wydobytem drogą operacyjną obcem ciałem w postaci zardzewiałego odłamka noża. Chory lat 27, zgłosił się przed 2-ma tyg. do ambulatorium klinicznego ze skargami na upośledzenie słuchu po stronie prawej oraz obfity wyciek ropny z przewodu usznego. Wywiady wskazywały na tło urazowe. Mianowicie w lutym 1926 r. został chory w czasie wiejskiej zabawy zraniony nożem w okolicę prawej skroni. Rana zewnętrzna zagoiła się po paru tygodniach; chory nie odczuwał żadnych dolegliwości nawet ze strony słuchu w ciągu prawie całego roku. Od stycznia zauważył wyciek ropny oraz stałe pogarszanie się słuchu. Przy badaniu ambulatoryjnem stwierdzono bliznę w okolicy skroniowej prawej na 3 palce powyżej łuku jarzmowego długości około 3 cm, zaczerwienienie i wypuklenie skóry w okolicy szczytu wyrostka sutkowego, oraz wypełnienie przewodu zewnętrznego wydzieliną ropną oraz ziarniną w kształcie polipa. Po jej usunięciu spostrzeżono w przewodzie usznym obce ciało ciemno zabarwione, wydające dźwięk metaliczny przy uderzaniu zgłębnikiem. Chorego przyjęto do kliniki. Badanie słuchu wykazało znaczne upośledzenie po stronie prawej z powodu sprawy zapalnej w przewodzie usznym zewnętrznym. Szeptu chory nie słyszał zupełnie, mowę głośną dopiero z odległości 1 m. Zdjęcie rentgenowskie wykazało ciało obce w kształcie odłamka noża długości około 4.5 cm a szerokości 1.5 cm przechodzące od dolnego brzegu łuku jarzmowego przez okolicę przewodu usznego zewnętrznego ku szczytowi wyrostka sutkowego. Przystąpiono do zabiegu operacyjnego w narkozie eterowej i po przecięciu skóry i tkanek wzdłuż dolnego brzegu łuku jarzmowego wydobyto odłamany kawałek noża na zewnątrz. Błona bębenkowa okazała się nieuszkodzoną, jedynie przewód uszny zraniony na przestrzeni ²/₃ obwodu Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Badanie słuchu dokonane 7 dni po operacji wykazało całkowitą poprawę słuchu po stronie prawej. Przy omawianiu tego przypadku Kol. Szumowski podkreślił oprócz rzadkości tego rodzaju obcego ciała zarówno z punktu widzenia otjatrji jak medycyny sądowej jeszcze to, że przez prawie rok nie dawało ono żadnych objawów.

2) Kol. E. Meisels wygłasza wykład p. t. *„Kliniczno-biologiczne podstawy naszej metody leczenia raka szyjki energją promieniotwórczą"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

*W dyskusji* przemawiali: Kol. Landes-Leinerowa. Bocheński, Serbeński, Pisek, Penzias, Seidler, Schütz i prelegent.

XXII. Posiedzenie naukowe z dnia 1 lipca 1927 r.

Przewodniczy: Kol. Ziembicki.

Obecnych: 49.

Przewodniczący otwiera posiedzenie pod znakiem żałoby z powodu *śmierci ś. p. Jana Papéego, prezydenta Izby lekarskiej.* W dłuższym przemówieniu podnosi zasługi i składa hołd pamięci ś. p. Zmarłego. Na znak żałoby zawieszono posiedzenie na 5 minut. Zarządzono składkę na fundusz wdów po lekarzach, która przyniosła 113 zł. 50 gr., postanowiono wysłać pismo na ręce wdowy oraz przewodniczącemu polecono przemówić w czasie obrzędu pogrzebowego.

I. Kol. Dobrzański (klin. oto-lar.) przedstawia kobietę u której usunięto guz wychodzący z migdałka (miesak).

*W dyskusji* kol. Schramm radzi usuwać tego rodzaju guzy w jednym kawałku.

II. Kol. Węgłowski wygłasza Sprawozdanie z Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji wojskowej (drukowane w P. G. L.).

III. Kol. Lenczowski (klin. położ. gin.) wygłasza referat p. t. *„Uwagi w sprawie rokowania w raku szyjki na podstawie badań drobnowidowych"*. (Rzecz przeznaczona do druku).

*W dyskusji* przemawiali Kol. Landes-Leinerowa, Seidler, Nowicki, Grabowski, Meisels, Bocheński, i prelegent.

XXIII. Posiedzenie naukowe z dnia 7 października 1927 r.

Przewodniczy: Kol. Ziembicki.

Obecnych: 57.

I. Kol. Kuhl wygłasza odczyt *„Przyczynek do etjologji samoistnej odmy piersiowej"*. (Przeznaczone do druku).

*W dyskusji* kol. Marischler zapytuje czy badano płyny opłucnowe na anaeroby. Często wytwarza się gaz przy zakażaniu prątkiem okrężnicy, po zapaleniu wyrostka robaczkowego. Kol. Gąsiorowski zapytuje, jak badano bakterjologicznie, czy szczepiono na zwierzętach. W odpowiedzi prelegent objaśnia, iż badano na pożywkach oraz w preparatach.

II. Kol. Ziembicki omawia chorobę pewnego atlety, który nagle odczuł ból w klatce piersiowej po wysiłku. Skoro ból ten po 2 tygodniach nie ustępował chory zgłosił się do badania i wówczas stwierdził kol. Z. po str. prawej w dole oddech amforyczny. Na podstawie badania i wykluczenia możliwych schorzeń rozpoznał odmę samoistną. Tła odmy najprawdopodobniej szukać należy w rozedmie płuc lub w pęknięciu zrostu.

Kol. Węgrzynowski widział mężczyznę 50-letniego u którego przy wysiłku fizycznym wystąpiła nagle odma, również na tle rozedmy. Ciśnienie + 5 powstało wskutek niezamknięcia wentyla.

III. Kol. Sochański (klin. wew.) wygłasza wykład p. t. *„Somatyczne typy ludzkie w pojęciu lekarza internisty"*. (Rzecz ukazała się w P. G. L.).

**Łódzkie Towarzystwo lekarskie.**

Protokół Posiedzenia z dnia 18 maja 1927 r.

I. Kol. Grosglik przedstawia. 1) 50-letnią chorą *z płaskim liszajem*, obejmującym prawie całe ciało i gwałtownie swędzącym. Zwracają tu uwagę: 1) brak erythrodermji pomimo nadzwyczajnej rozległości liszaja; 2) symetryczna lokalizacja. Ostatnia okoliczność nasuwa myśl o środkowem pochodzeniu wysypki. Chora straciła w 35 r. życia perjod, w tym właśnie czasie zaczęło się cierpienie skóry, które trwa z lekkiemi remisjami dotychczas. Kol. Grosglik uważa za prawdopodobne jajnikowe pochodzenie liszaja przy współudziale układu współczulnego, za czem przemawia symetrja: przypadek uważa za nadający się do leczenia organoterapją i roentgenizacją kręgosłupa. 2) 43-letniego mężczyznę z *Lues gummosa hepatis;* zakażenie w r. 1927, leczenie niedostateczne. Reakcja Wasser. wybitnie dodatnia; wątroba powiększona, bolesna; wyczuwają się pojedyncze guzy; żółtaczka. Już po dwóch tygodniach swoistego leczenia znaczna poprawa. Obecnie znajdują się jeszcze małe kilaki w nieco powiększonej wątrobie; żółtaczka znikła już dawno. 3) 47-letniego mężczyznę, u którego pod koniec 1925 r. powstał guz na lewej połowie szyi w pobliżu żuchwy, zrazu wielkości jajka gołębiego, później stopniowo rosnący, aż doszedł do wielkich rozmiarów. Po przecięciu — obfite ropienie; zabliźnienie z pozostawieniem twardego guza w skórze. Rychło po zagojeniu sprawa przerzuciła się na stronę prawą. Obecnie widać wielki guz, obejmujący część policzka prawego, okolicę przyuszną, kark i szyję aż do obojczyka i krtani. Guz ten złożony z licznych guzów pojedyńczych, większych i mniejszych i sięga głęboko w kierunku kręgosłupa, utrudniając oddech i łykanie i wywołując częściowy szczękościsk. Punkcją nie wydobywa się ropy, która natomiast sączy się sama z drobnych zropiałych guzków. Badanie bakterjologiczne wykryło tylko gronkowce i paciorkowce. Laseczników Koch'a, sporotrichon lub innych grzybków mianowicie

Actinomyces — nie znaleziono ani mikroskopowo, ani w hodowlach. Jednak wszystkie cechy kliniczne: barwa różowo-fioletowa, twardość, umiejscowienie, głębokość ropni, przewlekłość, stan ciężki chorego ogólny, — przemawiają, zdaniem kol. Grosglika za *promienicą*, pomimo ujemnych wyników bakterjologicznych; stosowanie kali jodati musiano zaniechać z powodu objawów jodyzmu i powstania świeżego guza pod żuchwą. Względnie największą ulgę sprawiają okłady. Kol. Grosglik zamierza poddać chorego głębokiemu naświetlaniu promieniami X (Roentgen). 4) 52-letnią chorą z *nawrotem pooperacyjnym mięsaka* na prawem przedramieniu i uogólnioną *sarkomatozą skóry*. Na przedramieniu istniał guz mały od urodzenia i do 30 roku życia chorej nie sprawiał żadnych dolegliwości. Później zaczął rosnąć dochodząc do wielkości moreli. Przed 20 miesiącami operacja, badanie mikroskopowe: mięsak. Po 6 miesiącach spokoju nawrot oraz powstawanie stopniowe guzów podskórnych, które z czasem zrastają się ze skórą, barwy bądź zwykłej, bądź różowo-fioletowej. Znamiennem dla przypadku jest że zarówno nawrot, jak i guzy rozsiane po ciele mało albo wcale nie oddziaływają na promienie Roentgena, pomimo maksymalnych dawek i rozmaitej techniki.

II. Kol. Kryszek przedstawia chorego A. G. krawca, lat 32 z *tętniakiem aorty wstępującej* bardzo wielkich rozmiarów. Chory przebywał na oddziele wewnętrznym Dra Sterlinga w szpitalu im. małż. Poznańskich w końcu 1923 roku z powodu niewyrównanej czynnej wady zastawkowej aortalnej z tętniakowatem już wówczas rozszerzeniem aorty wstępującej. Po miesiącu leczenia opuścił szpital w stanie wyrównanym. Od tego czasu, wyrównany z niewielkiemi dolegliwościami przejściowej duszności. Przez cały czas ($3^1/_2$ lata) stale na cebulce ostrawki pomorskiej. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na: 1) młody wiek chorego, 2) niekiłowe pochodzenie tętniaka i 3) stopniowe lecz stałe powiększanie się tętnika. Pokaz roentgenogramu.

Kol. Uryson przedstawia 58-letniego chorego z *chromaniem przestankowem* z brakiem tętna w tętnicach tylnych stóp.

III. Kol. Załęski zawiadamia kol. o mającym się odbyć w Warszawie w dn. od 26 do 29 maja słowiańskim zjeździe lekarskim. Zobrazował historję powstania zjazdów lekarzy słowiańskich, odczytał Statut Związku lekarzy słowiańskich w Polsce, do którego mogą należeć wszyscy lekarze zamieszkali na ziemiach Polskich, solidaryzujący się z projektowanym Statutem Związku.

IV. Kol. Keilson wygłosił odczyt pod tytułem: *„Cholecystografia"*. Cholecystografia polega na zasadzie, iż ustrój posługuje się wątrobą dla wydzielania ciał wysokomolekularnych. Do takich ciał należy też tetrajodphenolphtaleina — Natrium. Uwidocznienie pęcherzyka na zdjęciu możliwe jest jedynie przy wolnych drogach żółciowych i stosunkowo zdrowej komórce wątroby. Referent stosuje klasyczne podawanie tetragnosta: dożylne z poprzedzającem zastrzyknieciem Hipofizyny. Podawanie doustne i odbytnicowe daje wyniki niepewne. Poważniejszych powikłań po zastrzyknięciach referent nie obserwował.

Badanych przypadków było przeszło 80. Z nich pęcherzyk żółciowy niewidoczny w 11 przypadkach. We wszystkich tych przypadkach stwierdzona operacyjna niedrożność przewodu pęcherzyka żółciowego. Referent pokazuje i omawia szereg zdjęć pęcherzyka normalnego, zrosty pęcherzyka, kamicę żółciową i przychodzi do następujących wniosków:

1) Dobrze widoczny prawidłowy cień pęcherzyka żółciowego przemawia z pewnością za brakiem zmian patologicznych.

2) Wyjaśnienie w pęcherzyku przemawia za obecnością kamieni.

3) Brak cienia woreczka przemawia za niedrożnością przewodu pęcherzyka. Wyjątek stanowią schorzenia komórki wątrobowej, przyczem komórka ta musi być niezdolna do wydzielania żółci.

*W dyskusji* nad odczytem. Kol. Garewicz zapytuje prelegenta, w ile godzin po zastrzyknięciu dokonywa zdjęcia, ile zdjęć robi u chorego, jaki stosuje preparat. Kol. Uryson zapytuje, czy uwidacznia się na zdjęciach pęcherzyk przy ropnych schorzeniach pęcherzyka. Kol. Margolis zwraca uwagę, że prelegent nie wspominał o podawaniu dodwunastnicowem preparatu, który to sposób zdaniem Einhorna, uważać należy za najlepszy. Kol. Gliksman zapytuje, czy we wszystkich przypadkach prelegenta skład żółci był jednakowy, czy też, stosownie do podziału Lyona, stwierdzał trzy postacie żółci. Kol. Załęski zapytuje czy kamienie różnego pochodzenia dają różne obrazy. Kol. Eljasberg zwraca uwagę na to, że prelegent nic nie wspominał o przeciwwskazaniach do stosowania omawianej metody, nie mówił również o powstających czasami po zastrzyknięciach periflebitach. Kol. Keilson w odpowiedzi: cholecystyty mają wpływ na charakter cienia na zdjęciu. Pęcherzyk bywa wtedy blady, przy empyematach będzie niewidoczny. Podawanie za pomocą sondy dwunastnicowej stosuje tylko Einhorn. Wyniki otrzymywane są w różnych klinikach różne, naogół podaje się prawie wszędzie dożylnie; wyjątkowo tylko podaje się tetrajod doustnie lub do odbytnicy. Rodzaj żółci nie interesuje roentgenologa. Skład żółci nie wpływa na rodzaj cienia. Stosuje przetwór Merck'a. Tetrajodphenolphtalien-natrium. Zdjęcia dokonywa po 14—16 godzinach. Jeżeli pęcherzyk jest źle widoczny — podaje Hipofizynę. Jedynem kryterjum dla roentgenologa czy rozpoznanie było prawidłowe, jest operacja chirurgiczna. Jedynem przeciwwskazaniem do zastrzyknięcia jest schorzenie serca: wady i niedomoga mięśnia. Nie stanowi to bezwzględnego przeciwwskazania, ale wymaga ostrożności. Powikłań w szpitalu nie zauważono.

Protokół wieczoru Seminaryjnego

w dniu 25 maja 1927 roku.

2. Kol. Klozenberg wygłosił referat z cyklu: *„Lues visceralis". Układ nerwowy*. Referent omawia nową klasyfikację neurosyfilisu (po odkryciu przez Noguchi'ego krętków w tkance nerwowej w p. p. i wiądzie) na podstawie jedności schorzenia: na grupę kiły wczesnej i późnej, wzgl. spirochetozę mezenchymalną i spirochetozę parenchymalną. Przy omawianiu patologji neurosyfilisu zwraca uwagę na rolę opornościowego odczynu zapalnego komórkowego i humoralnego, odbywających się zarówno w mezenchymie jak i w parenchymie (tej ostatniej w postaci pierwotnego rozsianego bujania gleju). Dalej, przy rozpatrzeniu etjologji neurosyfilisu porusza sprawę neurotropizmu; ostatnie etapy sporów w tej sprawie i przewagę przeciwników tego poglądu. Przechodząc do spraw patogenezy, pokrótce rysuje historję naturalną kiły, poczem kolejno omawia teorję Gennericha, Hauptmanna, Langego, Sézary'ego, Wilimansa, a specjalnie w stosunku do patogenezy wiądu — Sézary'ego, Richtera, Spielmeyera, Jacola. Dalej omawia prelegent cele i sposoby profilaktyki neurosyfilisu, a szczególnie — znaczenie u nas tak jeszcze niedocenianego badania płynu mózgowo-rdzeniowego u kiłowych, przytaczając dla ilustracji własne trzy przypadki kazuistyczne. W związku z tym podaje w ogólnych zarysach plan leczenia i omawia ważniejsze momenty, kiedy się nakłucie lędźwiowe stosować powinno. Przechodząc następnie do przeglądu nowych sposobów leczniczych, referuje przedewszystkiem sposób działania salwarsanu według teorji Schumachera, a następnie mówi o preparatach — pięcio-wartościowego arsenu, ich działaniu profilaktycznem, o leczeniu poronnem i poglądach na wpływ tegoż na powstawanie neurosyfilisu; o bizmucie, o zastosowaniu osmoterapji w lecznictwie kiły, o leczeniu dolędźwiowem (Gennerich), a następnie o leczeniu gorączkowem (nukleinian sodu; phlogetan: aolan et etc., a o zasadach i technice leczenia zimnicą, durem powrotnym; wreszcie o saprofitanie i szczepieniu hodowli żywych krętków oraz o stosowaniu surowicy lamy.

*W dyskusji* nad referatem Kol. Leyberg uważa, że leczenie za pomocą zimnicy kiły wczesnej ze względu na ciężkość terapji moglibyśmy stosować, gdybyśmy mieli pewność wyleczenia: przy stosowaniu saprofitanu — widział stałą wysoką gorączkę w ciągu trzech tygodni; w przypadku tym powstał duży ropień śledziony; przypadek był operowany; ropa okazała się jałową Saprofitan nie jest środkiem obojętnym; obecnie stosuje się neosaprofitan; istnieje metoda leczenia jednoczesnego zimnicą i saprofitanem. Kol. Sonnenberg zwraca uwagę na to, że w ostatnich czasach Sézary zaczął stosować przy porażeniu postępującem stovarsol w postaci zastrzykiwań śródżylnych. Stosuje on stovarsol na tej podstawie, że jako arsen pięciowartościowy rozwija on swe działanie lecznicze w otoczeniu redukującem, co znów, o ile to dotyczy substancji mózgowej, najzupełniej odpowiada warunkom terenu. Jednakże środek ten, zdaniem mówcy, nie znajdzie szerszego zastosowania ze względu na to, że pięciowartościowe związki arsenu nieraz wywołują zapalenie nerwu wzrokowego, a więc nad chorym wisi groźba ślepoty. Kol. Szereszewska zapytuje, czy działanie zimnicy przy kile jest analogiczne do działania róży na komórki rakowate. Kol. Mikłaszewski wspomina spostrzeżenia Tarnawskiego w Rosji o zwiększeniu się ilości przypadków kiły nerwowej, od kiedy zaczęto leczyć chłopów, chorych na kiłę: zakażenie pozapłciowe ma również wpływać na powstawanie kiły nerwowej. Kol. Kryński — wspomina o teorji Bergela, według której powstawanie kiły mózgowej ma być zależne od braku limfocytów w tkance mózgowej; następnie mówi o teorji Hoffmanna; skóra ma własności immunizacyjne, brak wykwitów drugorzędowych na skórze wskazuje na zmniejszoną odporność ustroju (ezofilaksja) — wskutek czego mogą powstawać ogniska w tkance mózgowej.

Protokół posiedzenia z dnia 8 czerwca 1927 roku.

I. Kol. Rapaport przedstawia chorą Helenę Z., lat 26; chora od dzieciństwa na zniekształcenie kręgosłupa i klatki piersiowej. Użala się od roku na bóle w podbrzuszu prawem; bóle powtarzają się co kilka dni; miewa wtedy wymioty, czasami parcie na mocz. W moczu ślady białka, do 15 leukocytów i do 20 erytrocytów, w każdym polu widzenia. Zdjęcie roentgenologiczne wykazało cień wielkości wiśni z prawej strony kręgosłupa na wysokości prawej nerki. Kontrolna pyelografja wykazała odcień kamienia w miedniczce nerki prawej. Dn. 30. III. 1927 r. dokonano pyelotomji i usunięto kamień; miedniczkę zaszyto i pokryto capsula fibrosa. Przebieg pooperacyjny niezupełnie normalny, utworzyła się przetoka miedniczkowa. Po założeniu do prawego moczowodu cewnika na 24 godzin przetoka zamknęła się. Demonstracja 2-ch roentgenogramów i kamienia.

II. Kol. Neumark demonstruje: 1) Przypadek *kiły stawowej późnej*. 19-letnia chora, która przed 3 laty zaczęła odczuwać bóle w stawie barkowym lewym, stawie łokciowym lewym i w stawie kolanowym prawym. Objętość tych stawów była powiększona ze zniekształceniem takowych oraz ograniczeniem ruchów. Zdjęcie roentgenologiczne stawu kolanowego, dokonane w dniu 8. XII. 1924 wykazało wybitną sklerozę końca obwodowego trzona uda ze znacznemi nawarstwieniami okostnowemi powyżej kłykcia przyśrodkowego oraz tuż za rzepką. Ponowne zdjęcie tegoż kolana z dnia 9. II. 1927 roku wykazało te same zmiany w kości udowej. Wassermann we krwi wybitnie dodatni. Matka chorej podaje że zaraziła się kiłą w r. 1912, chora zaś urodziła się w roku 1908. Leczenie przeciwkiłowe spowodowało daleko idącą poprawę. Obecnie chora może wyprostować nogę tylko w okolicy wewnętrznego kłykcia kości udowej. Objętość kolana prawego normalna; lewy staw barkowy oraz łokciowy z wyglądu również prawie normalne. Żadnych bólów chora więcej nie odczuwa.

2) Przedstawia: *przypadek wiądu rdzenia ze zmianami stawowemi*. Cierpienie prawego kolana datuje się od 3-ch lat. Według zeznań chorej zakażenie kiłą mogło przypuszczalnie nastąpić przed 20 laty. Badanie krwi na odczyn Wassermanna, wykonane w dniu 4. XII. 1926 wykazało odczyn wybitnie dodatni. Obecnie — znaczne zniekształcenie stawu kolanowego prawego. Bolesność na ucisk w okolicy condyli exter. et inter. femoris et tibiae. Użala się na bóle w stawie przy chodzeniu oraz w nocy. Ponowne badanie krwi wykazuje Wass. ++++. Meinicke —. W płynie wysiękowym kolana prawego odczyn Rivalta wybitnie dodatni, białka w płynie — 3%, w preparacie pojedyńcze krwinki, białe ciałka nieobecne. Wasser. w płynie wysiękowym 0.25 ++. Badanie płynu mózgowo-

0.1 —

rdzeniowego wykonane dnia 9. VI. 1927 wykazało: odczyn Wassermanna 0.1 — ujemne; Nonne i Pandy ujemny, odczyn Lange'go

0.25 —

ujemny, w każdym polu widzenia pojedyńcze małe limfocyty i krwinki. Badanie neurologiczne wykazało: Źrenice nieprawidłowej konfiguracji, lewa nieco większa. Odruch na światło nieco osłabiony, lewy odruch Achillesowy słabszy niż prawy. Romberg słabo dodatni. Na kończynach dolnych wyraźne zaburzenia czucia. Badanie roetgenologiczne z dnia 3. I. 1927 wykazało: kolano prawe: na istocie korowej obydwu kości w skład stawu wchodzacych — drobne nawarstwienia okostnowe o charakterze zlekka wełnistym. Zarysy stawu w przyśrodkowej jego połowie mocno zmętniałe, brak wybitniejszego zniekształcenia oraz tworzenia się esteofytów. Obraz według roentgenologa (Dr. Kunig) wykazuje w nieznacznym stopniu objawy kiły stawowej.

V. Kol. L. Dengel wygłosił odczyt p. tyt.: *„Przyczynek do chirurgicznego leczenia cukrzycy, na podstawie własnych doświadczeń"*. (Praca ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia klinicznego w Szpitalu Anny-Marji z dnia 22 czerwca 1927 r.

I. Kol. Kalisz przedstawia 50-letniego chorego, leczonego z powodu olbrzymiego owrzodzenia powstałego na tle *nabłoniaka*. Owrzodzenie obejmowało czoło, nos, zagrażało gałce ocznej prawej. Stosowano rad w ciągu dwóch dni bez przerwy (metoda Ropot). U chorego po 5 tygodniach widzimy zupełne wygojenie, nastąpił wyjątkowy efekt kosmetyczny; pozostał niewielki defekt powieki górnej prawej.

II. Kol. Szereszewska — przedstawia — trzymiesięczne dziecko z rozległą pryszczycą i obrzękiem gruczołów szyjowych, powstałymi po szczepieniu ospy. Eczema oraz obrzęk gruczołów trwają od 3-ch tygodni.

III. Kol. Tomaszewska przedstawia — 10-letniego chłopca; który został przywieziony do szpitala w stanie ciężkim po przejechaniu przez wóz. Jedno koło uderzyło chłopca w prawy bok. Przy operacji stwierdzono w jamie brzusznej obecność krwi oraz *pęknięcie wątroby*. Wątrobę zaszyto. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na rzadkość swoją oraz na to, że trudno rozpoznać pęknięcie wątroby przed operacją.

IV. Kol. Ziegler (junior) przedstawia chłopca z *cukrzycą* leczonego insuliną, następnie insuliną i synthaliną i wreszcie znowu tylko insuliną.

V. Kol. Mogilnicki wygłosił referat pod tyt.: *„Jakim warunkom odpowiadać powinien Szpital dla dzieci"* (praca ukaże się w druku).

*W dyskusji* nad odczytem Kol. Siwiński mówi, że należy przystąpić wreszcie do budowy oddzielnych pawilonów dla umysłowo chorych dzieci; pozostaje do rozstrzygnięcia kwestja, czy pawilony te budować przy szpitalach dla dzieci czy przy szpitalach dla umysłowo chorych. Kol. Załęski sądzi, że prelegent nie zwrócił dostatecznej uwagi na sprawę przenoszenia zakażenia przez personel lekarski i pielęgniarski. Kol. Frenklowa zapytuje, czy nie byłoby lepiej, by szpital cały składał się z boksów; następnie zapytuje, czy prelegent przy pracy swej myślał o pięknym szpitalu dla dzieci w Radogoszczu, który nie spełnia swego zadania i czy szpital ten będzie wreszcie czynny, jako szpital dziecięcy. Kol. Ebin zapytuje, czy poczekalnie są również boksowane.

W odpowiedzi Kol. Mogilnicki zaznacza, że walka z zakażeniem wewnątrz-szpitalnem jest trudna; pielęgniarka nie powinna wchodzić bez potrzeby do boksu, powinna oglądać dziecko przez szybę, powinna za każdym razem zmieniać fartuch, wkładać maskę. Walka z nosicielami zarazków jest niezmiernie trudna; jako przykład może służyć fakt, że Kol. Żurkowski znalazł u wszystkich lekarzy szpitalnych w jamie ustnej Streptococcus haemoliticus. Prelegent zgadza się, że idealny szpital powinien składać się tylko z boksów; w każdym razie — oddziały obserwacyjny i mieszany powinny składać się z boksów; inne oddziały mogą składać się z małych sal, zawierających do sześciu łóżek. Poczekalnia szpitalna jest za mała; przy podejrzeniu na zakaźne cierpienie — przenosi się dziecko do sortowni.

Kol. Mittelstaedt w odpowiedzi Kol. Frenklowej zaznacza, że szpital w Radogoszczu jest własnością prywatną, Magistrat jest tylko dzierżawcą, że odczuwa się w mieście większy brak łóżek dla dorosłych, niż dla dzieci.

*W dyskusji* nad przedstawionym przypadkiem Kol. Szereszewskiej Kol. Mogilnicki sądzi, że w roku bieżącym po szczepieniach ospy widziano przypadki róży, głębokich owrzodzeń, generalizacji ospy, posocznice; być może, że przyczyną tych powikłań jest rodzaj dostarczonej krowianki. Kol. Tomaszewski jest zdania, że przyczynę należy szukać w warunkach domowych dzieci szczepionych. Kol. Knichowiecki sądzi, że przyczyną jest krowianka. Kol. Margolisowa mówi, że szczepiła tą samą krowianką kilkadziesiąt dzieci w „T. O. Z.-ie", żadnych powikłań nie było; ale postępowano bardzo ostrożnie; nie szczepiono dzieci ze skazą wysiękową, z wypryskiem. Kol. Józef Kon widział parę przypadków ciężkich martwic, ale nie może z pewnością powiedzieć, gdzie leży przyczyna; czy w warunkach domowych, czy w samej krowiance; w każdym razie ze względu na ciągłą jeszcze istniejącą agitację przeciwszczepieniową — należy zbadać przyczyny tych powikłań oraz postępować ostrożnie przy szczepieniach, należy zwracać uwagę na stronę techniczną szczepień, na głębokość nacięć, na odstępy między nacięciami; wspomina o nowej śródskórnej metodzie szczepień stosowanych w Wiedniu, przy której unika się tych powikłań.

Sekretarz: *A. Tenenbaum.*

## Radomskie Towarzystwo Lekarskie.

Dnia 10. grudnia 1927 r. Radomskie Towarzystwo Lekarskie obchodziło uroczystość jubileuszu 25 lecia swego istnienia.

Uroczystość odbyła się w lokalu własnym przy ul. Moniuszki Nr. 4. Obecnych było 32 członków i 6 gości.

Prezes Towarzystwa Dr. A. Szczepaniak otworzył posiedzenie uroczyste i powitał przybyłych gości.

Przez aklamację wybrano na przewodniczącego Dra J. Pelczyńskiego, na asesorów Dra S. Idzikowskiego, Dr. L. Fuksiewicza i Dra W. Finkelsteina.

Odegrano Hym Narodowy.

Prezes Twa Dr. A. Szczepaniak wygłosił mowę następującej treści:

Motto:

„O ile poprawicie serca i powiększycie dusze wasze o tyle polepszycie prawa i rozszerzycie granice stanu posiadania waszego".

Istniały dwie idey założycieli Radomskiego Twa Lekarskiego.

a) Chęć przysłużenia się miejscowemu społeczeństwu.

1. przez roztoczenie racjonalnej opieki nad zdrowiem publicznem,

2. przez powołanie do życia odpowiednich urządzeń higjenicznych,

3. przez szerzenie wśród mas należytej kultury sanitarnej.

b) Chęć podniesienia na wyższy szczebel poziomu naukowego i moralnego samych lekarzy, aby przez to usprawnić i pociągnąć ich do intensywniejszej, a przez zbiorowość poczynań do wydatniejszej pracy na polu medycyny społecznej.

Po myśli tych założeń szły prace T-wa Lekarskiego, jak to wykażą sprawozdania Sekretarza i Bibljotekarza T-wa. Ogólnikowo tylko wskazać należy na prace:

1) Nad podniesieniem i upowszechnieniem lecznictwa szpitalnego, zwłaszcza w dziedzinie chorób zakaźnych,

2) Nad zwalczaniem epidemij przez obowiązkową reglamentację przypadków zachorowań na choroby zakaźne, przez postulat izolacji i dezynfekcji osób i mieszkań.

3) Nad walką z gruźlicą: przez powołanie do życia przychodni dla gruźlików i propagowania idei sanatoryjnego leczenia jej.

4) Nad zwalczaniem śmiertelności wśród niemowląt: przez powołanie do życia instytucji „Kropli mleka" i szpitalika dla dzieci. Dalej na:

5) Wydawnictwo broszur popularnych z dziedziny pielęgniarstwa, położnic na wsiach, oraz z dziedziny profilaktyki w obliczu zbliżającej się epidemji cholery.

6) Odczyty publiczne Członków T-wa o chorobach zakaźnych i pogadanki higjeniczne po fabrykach i większych warsztatach pracy.

7) Współdziałanie T-wa przy założeniu w Radomiu Oddziału Towarzystwa Higjenicznego, oraz T-wa Przeciwgruźliczego.

8) Wreszcie wspomnieć wypada o wybitnej pomocy T-wa przy organizowaniu Radomskiej Kasy Chorych.

W dziale samokształcenia i organizacji stanu lekarskiego wskazać należy na różnorodność i wielorakość odczytów, referatów i pokazów chorych, na demonstracje nowości instrumentacyjnych, na wysyłanie delegatów dla zapoznania Członków T-wa z najnowszemi metodami badania, leczenia i zapobiegania chorobom.

Wreszcie trzeba podkreślić o najpierwszem wysunięciu przez nasze T-wo na terenie b. Kongresówki idei zawodowej organizacji stanu lekarskiego — Statut był odczytywany przez mówcę na Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Łodzi.

Przebieg życia T-wa Lekarskiego za 25 lat przedstawiał się w następujący sposób:

Pierwsze dziesięciolecie — to rosnący rozkwit T-wa Lekarskiego. Następne 2 lata — to lekkie osłabienie działalności. T-wa przez powstanie oddziału T-wa Higjenicznego, przez rozbudzenie życia politycznego i ruchu społecznego w kraju.

Wybuch wojny światowej — to zmierzch działalności T-wa Lek., stopniowe przycichanie i wreszcie całkowite zamarcie takowej.

Ogłoszenie niepodległości — to pobudka do wznowienia działalności T-wa Lek., — ale brak ludzi chętnych do pracy naukowej, ciężkie warunki ekonomiczne, wybujałość ponad potrzebę życia politycznego, rozmach życia społecznego na wszystkich zamkniętych dotąd terenach, oraz kłopoty i klęski wojny o ustalenie granic Państwa nie sprzyjają rozwojowi działalności przebudzonego T-wa Lek. albowiem te sprawy zaprzątają lekarzy nie w mniejszym stopniu, niż innych obywateli kraju i Tow. Lek. bardzo powoli zaczyna uruchomiać swój aparat życiowy, nie mogąc się otrząsnąć z apatji i zadanych ran. Zmiana warunków praktyki lekarskiej i zarobkowania, przy powstaniu Kasy Chorych — zmusza lekarzy radomskich do zapisania się do Związku Zawodowego, co znowu utrąca i uszczupla zakres działalności T-wa Lek. przez wyeliminowanie z pod kompetencji T-wa całego kompleksu spraw o charakterze zawodowym.

Przy Tow. Lek. pozostaje wyłącznie praca czysto-naukowa, a właściwie samokształceniowa, oraz sprawy etyki koleżeńskiej, chociaż w tym ostatnim dziale T-wo musi jeszcze dzielić się kompetencjami swemi z Izbami Lekarskiemi.

Brak środków materjalnych, laboratorjów i pomocy naukowych — jest zaporą dla rozwoju pracy ściśle naukowej — pozostaje więc tylko samokształcenie.

Nasuwają się refleksje, czy nie należałoby nawrócić do dawnej świetlanej przeszłości Towarzystwa. Czy nie pora iść na nowo w lud szczepić wśród mas kulturę sanitarną, rozpraszać zabobony i przesądy, oświecać i pouczać maluczkich, czem jest zdrowie i życie ludzkie, jak należy je cenić i ochraniać przez zapobieganie chorobom, a w razie zasłabnięcia przez racjonalne leczenie, tak dalekie od tego, jakie nieudolność prawodawcza i rachunek partyjny spreparowały dla biednych i ciemnych mas, które ad suum usum et propriam gloriam prowadzą na pasku i tumanią rozmaici spekulanci, strojący się w pawie piórka opiekunów i obrońców ludu pracującego.

Czy nie w tym nawrocie trzeba szukać drogi do podniesienia autorytetu stanu lekarskiego w opinji publicznej?

Sądzę, że wszyscy podzielają mój pogląd, że to jest jedyna i właściwa droga, na którą jaknajpilniej wkroczyć wypada.

Dwudziestopięcioletni dorobek naszego T-wa Lek. nie jest może ani tak rozlewny, ani tak ważki, jak tego spodziewali się po nim jego założyciele, ale bądź co bądź zawiera on pierwiastki bardzo wartościowe, bo wysnute z myśli i serca tych, co dla tego T-wa pracowali.

Dorobek ten, to tak zwane „imponderabilia", których ani ująć cyfrowo, ani określić miarowo nie podobna, które jednak istnieją bo je każdy z nas wyczuwa, bo stanowią one o godności naszego zespołu, bo są uzasadnieniem jego tradycji w przeszłości, podstawą jego i aspiracjami na przyszłość.

Są to niby godła, wytkane na naszym sztandarze przez złotą myśl i gorące bicie serca, tych wszystkich, co przed nami na polu medycyny pracowali. Godła, które na jednej stronie sztandaru ułożyły się w zdanie „Res sacra aegrotus", a zaś na drugiej w wyrazy. Unitas, Amicitas, Fraternitas Collegii Medicensis". — Otóż ten sztandar idealny z takiemi zawołaniami Rad. Tow. Lek. zachował przez lat 25 czysty i nieskalany, utrzymało go w tym stanie w dobie ucisku i niewoli, przechowało podczas klęsk i nieszczęść wojny światowej, uchronił od zbrukania w okresie ochlokracji i rozbestwienia powszechnego, mimo bluzgającego ze wszech stron błota szowinizmu nienawiści i fanatyzmu. Nie pochylało bowiem sztandaru swego nasze T-wo przed złotym cielcem, przed demagogją i partyjnictwem, nie pochyli go też nigdy przed doktrynerstwem i samowolą, choćby te usiłowały pozornie uszczęśliwić nas swojemi koncepcjami — nie po naszej jednak myśli i wbrew naszej woli. — Tak nam dopomóż Bóg!

Z temi słowami zwracam się do Was młodsi koledzy! W imieniu tych wszystkich, którzy już z pośród nas odeszli, jak również w imieniu tych którzy tu jesteśmy jeszcze, ale, znajdujemy sie, że tak powiem, na odchodnem, zwracam się z prośbą abyście zechcieli przejąć od nas ten nasz sztandar ideowy i ująwszy go w mocne jeszcze dłonie, byście ponieśli go w czystym stanie w przyszłość na pożytek społeczeństwa i na chwałę stanu naszego lekarskiego!

Następnie sekretarz Towarzystwa Dr. A. Tochterman odczytał sprawozdanie z 25-letniej działalności Twa Lekarskiego Radomskiego.

Pierwsza myśl założenia Stowarzyszenia lekarskiego w Radomiu powstała w 1871 r. Ówczesny inspektor lekarski gub. Radomskiej Dr. Teofil Rewoliński zaprosił szereg kolegów w dniu 18 listopada 1871 i wniósł projekt założenia Stowarzyszenia Lekarzy Radomskich. Obecni jednogłośnie postanowili myśl powyższą wprowadzić w czyn. Uzyskano zezwolenie na odbywanie zebrań od władz rządowych.

W ten sposób zawiązane zostało Stowarzyszenie Lekarzy Radomskich, które z czasem miało się przekształcić w Two Lekarskie.

Celem Stowarzyszenia było dobro nauki i ogółu, dlatego przedmiotem obrad były wyłącznie sprawy lekarskie.

Prezesami Stowarzyszenia byli: inicjator Dr. Rewoliński, a po śmierci tegoż Dr. Gosławski. Ponieważ Stowarzyszenie nosiło charakter prywatnego Stowarzyszenia, nie posiadało swej ustawy, nie mogło się należycie rozwijać. — W 1873 r. Kol. Dr. Suligowski wniósł projekt założenia Twa Lekarskiego i opracował ustawę dla tegoż. Jednak projekt ten nie został urzeczywistniony, postanowiono utrzymać nadal formę prywatnego Stowarzyszenia.

Lecz zainteresowanie sprawami Stowarzyszenia poczęło słabnąć, posiedzenia odbywały się coraz rzadziej z coraz większemi przerwami, ostatnie odbyło się w 1877 r. Następuje długo przerwa bo lat 18, do roku 1895, w którym zostały wznowione posiedzenia. Na posiedzeniu tem uchwalono potrzebę przemiany prywatnych zebrań lekarskich na urzędowe Two Lekarskie i w tym celu polecono Dr. Papiewskiemu opracowanie projektu ustawy dla Twa Lek. Radomskiego. Projekt ten opracowano i poczyniono starania u władz rządowych o zatwierdzenie ustawy dla Tow. Ponieważ jednak członkowie Stowarzyszenia nie chcieli się zgodzić na zmiany poczynione w projekcie ustawy przez władze rządowe, projekt sam upadł. W r. 1901 Dr. Cenneres i Dr. Szczepaniak na nowo podnieśli myśl założenia Twa Lek. Rad. Upewniwszy się co do życzliwego poparcia tej sprawy przez większość miejscowych kolegów, opracowali ustawę i uzyskali zatwierdzenie takowej przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych dnia 30 czerwca 1902 r.

Dnia 30 września 1902 r. odbyło sie pierwsze posiedzenie członków założycieli, a w dniu 13 grudnia 1902 r. nastąpiło uroczyste otwarcie Tow. Lek. Radomskiego. Przewodniczący Dr. Majkowski wygłosił mowę programową o przyszłej działalności Tow..

którą powinna być praca dla dobra społeczeństwa, nauki i koleżeństwa.

Zobaczymy teraz w jakim stopniu Two Lek. wypełniło swoje zadanie:

Two Lekarskie w czasie swego ćwierćwiekowego istnienia brało udział nie tylko w poczynaniach lekarskich, ale brało udział również i we wszystkich poczynaniach o celach społecznych.

Opracowywało projekty ustaw o poprawie stosunków sanitarnych i higjenicznych miasta, odpowiednie memorjały przesyłało władzom rządowym.

Walczyło z grożącemi i szerzącemi się epidemjami, organizowało i propagowało szczepienia ochronne, zapoznawało ludność z walką z temi chorobami za pomocą odczytów i wydawanych broszur.

Współdziałało w opracowywaniu projektów otwarcia Szpitala zakaźnego i przytułku położniczego i ambulatorjów. Opracowało projekt z ustawą dla Szpitala dziecięcego im. Hr. Ożarowskiej.

Przy współudziale Twa Lek. powstała „Kropla mleka", którą Tow. Lek. prowadziło początkowo pod własnym zarządem i której do użytku oddało swój lokal. — Powołało Tow. Lek. do życia Przychodnię przeciwgruźliczą, którą poczatkowo prowadziło samo, a następnie przekazało Towarzystwu Higjenicznemu. — Współdziałało Two Lek. w zorganizowaniu oddziału Radomskiego Twa Higienicznego któremu to oddziałowi przekazało prowadzenie Kropli mleka i Przychodni przeciwgruźliczej.

Tow. Lek. współdziałało w utworzeniu pracowni bakterjologicznej w Radomiu i w utworzeniu kamery dezynfekcyjnej. Two Lek. brało czynny udział w zjazdach lekarskich. Zajmowało się Two Lek. ustawami normującemi stosunek lekarzy do Państwa i chorych. Opracowało ustawę Związku Zawodowego Lekarzy ziemi Radomskiej. Opracowywało ustawy szpitalne. Dyskutowano nad ustawą dla Izb Lekarskich. Zorganizowało Oddział Radomski Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Zajmowało się stosunkiem felczerów do chorych. Zajmowało się sprawami lecznictwa społecznego. Wspódziałało w zorganizowaniu miejscowej Kasy chorych przeciw Zarządowi której musiało wystąpić następnie w obronie lecznictwa, lekarzy i ubezpieczonych. Dbało o poprawę stanu lekarskiego. Zorganizowało Kasę Pomocy wdów i sierót po lekarzach. Organizowało pomoc dla rodzin kolegów powołanych na wojnę japońską i europejską.

Brało in corpore lub przez swych delegatów udział we wszystkich poczynaniach społecznych miejscowych obywateli. W życiu wewnętrznem brało udział w pracy naukowej, śledząc za rozwojem wiedzy. Jedynie czasy wojny i powojenne przytłumiły nieco pracę naukową Towarzystwa.

W czasie swego 25 letniego istnienia odbyło Two 183 posiedzeń ogólnych na których wygłoszono 135 odczytów i referatów, oraz odbyło się 116 pokazów. Z liczby 35 odczytów było: z ch. wewnętrznych i dziecięcych — 44, z akuszerji i ginekologji — 30, z chirurgji — 11, z neurologji i psychjatrji — 2, z laryngologji — 1, z higjeny — 17, z farmakologji i innych dziedzin — 7 i wreszcie 6 odczytów omawiających sprawy zawodowe lekarskie.

Następnie Two Lek. łagodziło, musimy przyznać b. rzadko występujące zatargi pomiędzy lekarzami. Jeden był tylko zgrzyt poważniejszy — mianowicie wykluczenie z łona Twa jednego z członków za złamanie słowa honoru i postępowanie nieetyczne.

Jak z powyższego krótkiego sprawozdania widzimy Two Lek. spełniło i spełnia zadanie, które postawili sobie za cel założyciele tego.

A teraz jeszcz parę cyfr tyczących się składu Towarzystwa Lekarskiego:

Członków liczyło Two w chwili otwarcia 64, w tem 45 lekarzy, 16 magistrów farmacji, 1 chemika, 1 lek. weterynarji i 1 członka współdziałacza.

W czasie swego istnienia liczyło Two 129 członków, z tych zmarło 48, wyprowadziło się względnie zostało wykreślonych 42, Członków honorowych liczyło Two 7, członków korespondentów 3.

Prezesami Twa Lek. byli: 1. Dr. Majkowski Juljan od r. 1902—1906, 2. Dr. Fidler Henryk od r. 1906—1916, 3. Dr. Kondratowicz Józef od r. 1916—1918 i 4. obecnie Dr. Szczepaniak Antoni od r. 1918.

W obecnej chwili Two liczy: członków rzeczywistych 37 (w tem 33 lekarzy i 4 mag. farmacji), członków honorowych 1, czł. korespondentów 2. Skład Tow. Lek. Radomskiego:

Prezes: Dr. Szczepaniak Antoni, wiceprezes: Dr. Pełczyński Józef. Członkowie zarządu: Dr. Dutkowski Stanisław i Dr. Finkelstein Władysław. Sekretarz: Dr. Tochterman Adolf, bibliotekarz: Dr. Finkelstein Ludwik. Skarbnik: Mag.: Dorociński Konstanty. Członkowie Komisji Rewizyjnej: Dr. Idzikowski Stanisław, Mag. Łagodziński Feliks i Dr. Fuksiewicz Leon.

Członkowie rzeczywiści: 1) Dr. Cung Władysław, 2) Dr. Ehrlich Zygmunt, 3) Dr. Finkelstein Ludwik, 4) Dr. Finkelstein Władysław, 5) Dr. Fuksiewicz Leon, 6) Mg. Dorociński Konstanty. 7) Dr. Dutkowski Antoni, 8) Dr. Idzikowski Stanisław, 9) Dr. Janasiewicz Antoni, 10) Dr. Kadysiewicz Henryk, 11) Mag. Kasprzykowski Edward, 12) Dr. Kellermann Mojżesz, 13) Dr. Kiersnowski Stanisław, 14) Dr. Kleinberger Izaak, 15) Dr. Kołodziej Zygmunt, 16) Dr. Lewi Ignacy, 17) Dr. Lewin Henryk, 18) Dr. Łuczno-Lewi Anna, 19) Mag. Łagodziński Feliks sen., 20) Mag. Łagodziński Feliks jun., 21) Dr. Markowski Stanisław, 22) Dr. Muljer Ksawery, 23) Dr. Neuman Flawjan, 24) Dr. Olewiński Jan, 25) Dr. Ostrowski Mieczysław, 26) Dr. Parniewski Włodzimierz, 27) Dr. Pełczyński Józef, 28) Dr. Piątowski Stanislaw, 29) Dr. Pomrok Jakób, 30) Dr. Szczepaniak Antoni, 31) Dr. Szenderowicz Naum, 32) Dr. Szlaferman Maurycy, 33) Dr. Tochterman Adolf, 34) Dr. Widmański Tadeusz, 35) Dr. Zaleski Karol, 36) Dr. Zamańska-Sołohub Wiera, 37) Dr. Zabner Feliks.

Członek honorowy: Prof. Dr. Gluziński Antoni.

Członkowie korespondenci: Dr. Bichler Matylda i Dr. Raszkes Henryk.

Bibljotekarz Twa Dr. L. Finkelstein odczytał sprawozdanie z bibljoteki i czytelni za 25 lat.

Otwarcie bibljoteki i czytelni przy Tow. Lek. w Radomiu nastąpiło po pierwszem ogólnem zebraniu w dniu 13 grudnia 1902 na którem też został wybrany pierwszy bibljotekarz Dr. Kondratowicz Józef. Członkowie Twa doceniając rolę bibljoteki i czytelni na rozwój działalności Twa uchwalili budżet, w których figurują duże pozycje na prenumeratę czasopism i kupno książek. Na tem też zebraniu uchwalono regulamin dla bibljoteki i czytelni. Zaprenumerowano cały szereg czasopism krajowych oraz zagranicznych. Poza tem do czytelni dla użytku ogólnego dostarczali pisma koledzy Kosicki, Fidler, Przychodzki, Pełczyński, Mag. Łagodziński i inni. Od tego czasu bibljoteka i czytelnia stale się rozwijały. Z jednej strony poszczególne Towarzystwa Lek. nadsyłały dary w książkach i czasopismach ,z drugiej strony to samo czynili koledzy zamiejscowi i miejscowi. Ze sprawozdania za r. 1903 dowiadujemy się, że większe dary dla tut. Twa nadesłały Two Higjeniczne w Warszawie, Two Lek. w Warszawie, Two Lekarskie w Lublinie, z kolegów zamiejscowych nadesłali dary Dr. Lerkowski z Warszawy, Dr. Garliński z Łodzi, Dr. Korybut Daszkiewicz Dr. Berebniewicz, z miejscowych koledzy: Dr: Cenner, Fidler, Maikowski, Marx, Pelczyński i inni.

Cyfrowo rozwój bibljoteki przedstawia się w sposób następujący:

W 1909 r. biblioteka zawierała 1037 dzieł w 1230 tomach, w 1910 — 1080 dzieł w 1258 tomach. w 1913 r. — 1253 dzieł w 1456 tomach, w 1914 — 1418 dzieł w 1632 tomach, oprócz roczników, czasopism i innych.

Wobec zapoczątkowania projektowanego muzeum anatomicznego przy Tow. Lek. koledzy Płużański, Rakowski, Żebrowski nadesłali kilka okazów anat.

Od roku 1906/7 Tow. Lek. z powodu zmniejszonych funduszów zmuszone było zaprzestać prenumerowania części czasopism lekarskich.

Czasy wojny europejskiej, związana z tem zmiana lokalu T-wa Lek., które straciło swój lokal, a tem samem i lokal bibljoteki i czytelni, odbił się ujemnie na stanie bibljoteki, cały szereg dzieł uległ zniszczeniu przez armje okupacyjne. W 1926 r. T-wo Lek. uzyskało dla siebie i bibljoteki nowy lokal. Przy sprawdzaniu katalogu okazał się brak 403 tomów.

W czasie wojny i w czasie powojennym bibljoteka wzbogaciła się darami po D-rze Kosickim w ilości kilkudziesięciu tomów, po zmarłym D-rze J. Kossaku w ilości 132 tomów, wreszcie Dr. Zaleski ofiarował w ostatnich latach kilka dzieł polskich, kilka roczników czasopism lekarskich polskich i zagranicznych.

W dniu dzisiejszym bibljoteka i czytelnia T-wa Lek. liczy 2049 dzieł w 2405 tomach, oraz pięćset kilkadziesiąt roczników czasopism lekarskich krajowych i zagranicznych.

Czytelnia rozwija się również pomyślnie. prenumerując cały szereg czasopism lekarskich.

Po odczytaniu sprawozdań przewodniczący odczytał cały szereg depesz z życzeniami, nadesłanych na uroczystość jubileuszową.

Odśpiewano „Gaudeamus igitur", poczem zebrani spędzili parę godzin przy koleżeńskiej biesiadzie.

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Warszawa.*

Komitet Kasy imienia Mianowskiego podaje do wiadomości, że przyznał nagrody następujące: a) z funduszu Z. Pileckiego: 1. prof. dr. Wojciechowi Świętosławskiemu za pracę pod tytułem: „Chemja Fizyczna" tom II. Statyka i Kinematyka Chemiczna, str. XV—432, ogłoszoną drukiem w 1924 roku, oraz 2. prof. dr. Władysławowi Szaferowi za pracę pod tytułem: „Rośliny Polskie". Opisy i klucze do oznaczania wszystkich roślin naczyniowych w Polsce. Str. XXXII—736, ogłoszoną drukiem w 1924 roku; b) z fundacji Stanisława Rotwanda i Hipolita Wawelberga, nagrodę imienia profesora Adolfa Pawińskiego (za lata 1924—1926) prof. dr. Stanisławowi Zakrzewskiemu za dzieło p. t.: „Bolesław Chrobry-Wielki" — Lwów-Warszawa-Kraków — Ossolineum (1925 r.), str. 439.

*Kraków.*

Prof. Dr. Wachholz został członkiem honorowym Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Program wykładów Kursu lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w czasie od 21 do 31 marca 1928 r.: Prof. Dr. Rosner: Ćwiczenia praktyczne w diagnostyce ginekologicznej na chorych stałych i ambulatoryjnych godz. 15. — Doc. Dr. Szymanowicz: Ćwiczenia praktyczne w diagnostyce położniczej wraz z ćwiczeniami w operacjach położniczych na chorych i fantomach godz. 10. — Doc. Dr. Zubrzycki: a) Zabiegi ginekologiczne z ćwiczeniami godz. 15; b) Zachowawcze leczenie spraw zapalnych przydatków jednorazowo godz. 1½. — Prof. Dr. Rutkowski: Wskazania operacyjne w zapaleniu wyrostka robaczkowego godz. 3. — Doc. Dr. Glatzel: a) Djagnostyka chorób chirurgicznych godz. 6; b) Kurs operacyjny na zwłokach (liczba uczestników ograniczona do 10) godzin 6. — Asyst. Dr. Nowicki: Chirurgja ambulatoryjna godz. 15. — Asyst. Dr. Jasieński: Rozpoznanie gruźlicy chirurgicznej godz. 3. — Doc. Dr. Pisarski: Praktyczny kurs cystoskopji i cewnikowania moczowodów godz. 20. — Prof. Dr. Majewski: Kurs diagnostyki i terapji zewnętrznych schorzeń ocznych godz. 10. — Asyst. Dr. Gabszewiczówna: Kurs oftalmoskopji godz. 10. — Prof. Dr. Ciechanowski: Praktyczny kurs diagnostyki sekcyjnej (o ile się zgłosi 10 uczestników, nie uczęszczających na Klinikę ginekol.) god. 20. — Prof. Dr. Baurowicz: Diagnostyka górnych dróg oddechowych i narządu słuchowego godz. 9. — Prof. Dr. Walter: a) Ambulatorjum chorób skórnych i wenr. godz. 2; b) Leczenie rzeżączki przewlekłej z uwzględnieniem uretroskopji i zabiegów endoskopowych godz. 2; c) Fizykalne leczenie chorób skórnych i zabiegi kosmetyczne godzin 1. — Doc. Dr. Pawlas: a) Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych i wenerycznych godz. 1; b) Nowoczesne metody leczenia rzeżączki godz. 1. — Prof. Dr. Latkowski: a) Klinika gruźlicy płuc wraz z radjografją godz. 6; b) Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób wewnętrznych godz. 4. — Doc. Dr. Kostrzewski: Klinika chorób zakaźnych godz. 9. — Doc. Dr. Tempka: Klinika chorób nerek wraz z problemem hipertonji godz. 6. — Asyst. Dr. Siedlecki: Patologja szczegółowa i nowoczesna leczenia niedokrwistości złośliwej godzin 3. — Asyst. Dr. Szczeklik: a) Badanie cytologiczne krwi godzin 2: b) Badanie stolca godz. 1. — Asyst. Dr. Malewski: Badanie plwociny godz. 2. — Asyst. Dr. Dziuba: a) O leczeniu kamicy żółciowej godz. 2: b) Badanie treści żołądkowej godz. 1. — Asyst. Dr. Łukaszczyk: Klinika cukrzycy godz. 5. Doc. Dr. Bujak: a) Odżywianie dzieci w stanie normalnym i chorobowym godz. 2; b) Choroby nerek w wieku dziecięcym godz. 1; c) Pomyłki rozpoznawcze godz. 3; d) Odma piersiowa u dzieci i ćwiczenia w dopełnianiu odmy godz. 2. — Prof. Dr. Gieszczykiewicz: Ćwiczenia w bakterjologji klinicznej godz. 6. — Prof. Dr. Olbrycht: a) O najczęściej popełnianych błędach w technice, diagnostyce i orzecznictwie sądowo-lekarskiem godz. 2; b) Demonstarcja ciekawych i rzadkich preparatów z zakresu medycyny sadowej godz. 2. — Prof. Dr. Piltz: Ćwiczenia w badaniu i rozpoznawaniu przypadków neurologicznych i psychjatrycznych godz. 3. Doc. Dr. Morawski: a) Praktyczne wskazówki z diagnostyki różniczkowej chorób psychicznych godz. 2; b) Zadania opieki nad psychicznie chorymi. Wykład połączony ze zwiedzaniem Zakładu w Kobierzynie godz. 4. — Doc. Dr. Artwiński: a) Pokazy nerwowo-chorych godz. 2; b) Roentgen w chorobach nerwowych godz. 1. — Doc. Dr. Zieliński: Nerwice w świetle zmian układu wegetatywnego z pokazami godz. 2. — Asyst. Dr. Sikorska: Zdobycze serologji w neurologji i psychjatrji godz. 2. — Doc. Dr. Janiszewski: Praktyczne uwagi tyczace się zadań poradni gruźliczych. Wykład połaczony ze zwiedzaniem Miejsk. Zakł. Sanit. w Prądniku Białym godz. 3. — Prof. Dr. Walter: Roentgen i rad w chorobach skórnych godz. 1. — Asyst. Dr. Welfe: Fizyka i biologiczne działanie promieni Roentgena i radu godz. 2. — Asyst. Dr. Adamowicz: Diagnostyka i terapja rentgenologiczna narządów wewnętrznych godz. 6. — Asyst. Dr. Welfe: Diagnostyka kostna i narządu moczowego oraz terapja nowotworów z uwzględnieniem radu godz. 8. — Doc. Dr. Oszacki: Geneza i leczenie chorób przemiany materji (otyłość, cukrzyca, kwasica) godz. 5. — Dr. Medyński: Fizykalne lecznictwo (elektro-fototerapja) godz. 4. — Asyst. Dr. Gawroński i asyst. Dr. Welfe: Roentgen i rad w cierpieniach ginekologicznych godz. 3.

*Poznań.*

Dnia 27 stycznia 1927 roku (w piatek) odbyło się o godzinie 8.15 w Klinice Dermatologicznej w Szpitalu Miejskim Doroczne Walne Zebranie Wydziału lekarskiego T. P. N. z następującym porządkiem obrad: 1. Demostracje. 2. Maj.-lek. Dr. Strehl: Wykład. 3. Dr. Bajoński: Sprawozdanie z całorocznej czynności Wydziału. 4. Prof. Karwowski: Sprawozdanie z „Nowin Lekarskich". 5. Dr. Bajoński: Sprawozdanie z bibljoteki. 6. Dr. Matuszewski: Sprawozdanie kasowe. 7. Wybór nowego Zarządu. 8. Wolne głosy.

*Wilno.*

Komitet Organizacyjny Kursów uzupełniających dla lekarzy przy Wydziale Lekarskim U. S. B. w Wilnie powiadamia, że w roku bieżącym kursy odbędą się w czasie od 19 do 31 marca. Szczegółowy program kursów będzie podany do wiadomości w niedługim czasie. Informacyj udziela sekretarz Komitetu Dr. H. Rudziński, Adjunkt II Kliniki Wewnętrznej Wilno, (Antokol).

*Z kraju.*



*Ze świata.*

Dnie lekarskie w Rio de Janeiro. Poselstwo Rzeczypospolitej w Brazylji komunikuje co następuje: Lekarze z Rio de Janeiro uchwalili obchodzić jako Dnie Lekarskie 1, 2, 3, 4 i 5 lipca 1928 roku celem rozpoczęcia w Ameryce tego wielkiego dzieła, które może przynieść tyle korzyści materjalnych i moralnych rozwojowi medycyny. Na czele tego obchodu stoją najwybitniejsi lekarze brazylijscy, a komitet organizacyjny, już wybrany, przedstawia się następująco: Prezes: profesor Miguel Couto, prezes Narodowej Akademji Lekarskiej; Viceprezes: profesor Juljan Moreira, prezes Brazylijskiego Towarzystwa Neurologji, Psychjatrji i Medycyny Sadowej i profesor Nascimento Surgel, prezes Towarzystwa Lekarskiego i Chirurgicznego w Rio de Janeiro; sekretarz jeneralny: dr. Belmiro Valverde. Ustanawiając Dnie Lekarskie w lipcu, Komitet Organizacyjny miał na celu uprzyjemnienie, zwiedzającym piękną stolicę Brazylji gościom, pobytu w porze roku najlepszej i najłagodniejszej w Rio de Janeiro, którego piękność i urok tak czarowały każdego, kto je oglądał, zachwycony cudną panoramą jest to istotnie jedna z najpiękniejszych i najbardziej, podziwianych stolic świata. Program Dni ogłosimy w odpowiednim czasie, obecnie jest starannie opracowywany; będzie on zawierał pokazy wszystkiego co Rio de Janeiro posiada najdoskonalszego w zakresie medycyny, a więc zwiedzanie szpitali i przychodni, jako dział praktyczny, odczyty w Zakładach Naukowych i Towarzystwach Lekarskich wielką wystawę Przemysłową Dni, bankiety, przedstawienia w teatrach, wycieczki do najbardziej malowniczych okolic miasta. Wielkie hotele Rio de Janeiro dadzą specjalne zniżki ze zwykłych cen dla uczstników Dni Lekarskich, towarzystwa Okrętowe i koleje żelazne będą przewoziły gości również po zniżonej cenie. O wszelkie informacje prosimy zwracać się do pana Doktora Belmiro, Valverde, Rua Sao José Nr. 84 4 ander, Rio de Janeiro, Brazylja.

*Sprostowanie omyłek drukarskich.*

W ogłoszonym w numerze 2-gim Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronicy 29-tej artykule Dr. J. Putermana w wierszu 5-tym od dołu opuszczono pomiędzy słowami „rolę" i „cukrzycy" słowa „w etjologji". Wobec tego zdanie mieszczące w sobie te słowa powinno brzmieć: „której ostatnio przypisują najwybitniejszą rolę w etjologji cukrzycy".

*Redacja otrzymała.*

*Pamiętnik I Zjazdu lekarskiego w Krynicy,* Kraków 1927. Nakł. Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy.

*W. Janowski:* „La forme pseudo neurasthénique de la tuberculose pulmonaire". Odb. z „Paris médical". Nr. du 27 Août 1927.